I 11057

'75 ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII

EDITURA MEDICALĂ

1390

IUL. 2005

I 11057

-- UCL 2014

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII

* 1975 *

IAN 2022

EDITURA MEDICALĂ

22847.

«Credem că prima îndatorire, prima sarcină a medicului este să-și sporească aportul la prevenirea îmbolnăvirilor, să țintească prin întreaga sa activitate ca poporul român — și în primul rînd tineretul — să fie cît mai sănătos»

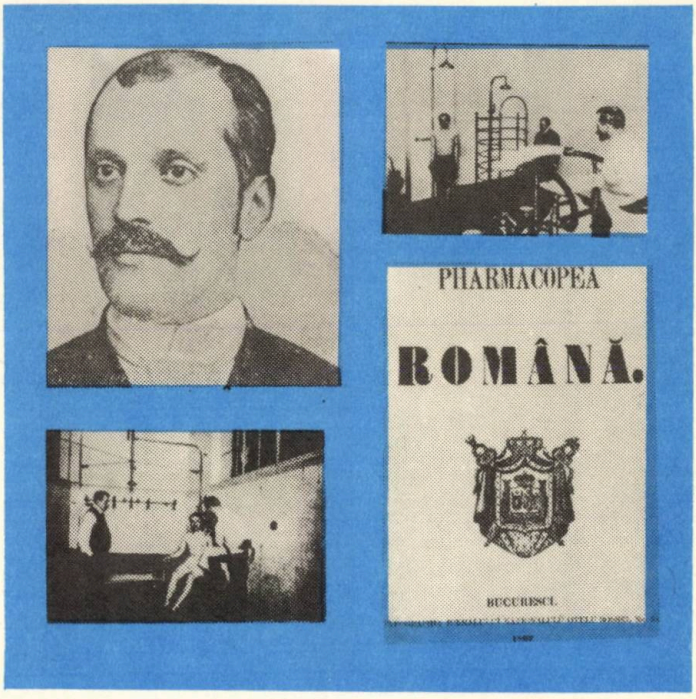
NICOLAE CEAUȘESCU

Date importante

****

24 ianuarie 1859	— Unirea Principatelor române
26—30 ianuarie	— 30 de ani de la primul Congres general al Sindicatelor unite la care se crează Confederația Generală a Muncii
februarie 1933	— Luptele revoluționare ale muncitorilor petroliști și ceferiști din România
6 martie	— 30 de ani de la instaurarea primului guvern democratic în România
8 martie	— Ziua internațională a femeii
23 martie	— 30 de ani de la legiferarea reformei agrare
31 martie 1893	— Crearea partidului politic al clasei muncitoare din România
aprilie 1944	— Crearea, din inițiativa P.C.R., a Frontului Unic Muncitoresc
22 aprilie 1870	— S-a născut V.I. Lenin
1 Mai	— Ziua solidarității internaționale a celor ce muncesc
2 mai	— Ziua tineretului din Republica Socialistă România
5 mai 1818	— S-a născut Karl Marx
8 mai 1921	— Crearea Partidului Comunist Român
9 mai 1877	— Proclamarea independenței de stat a României
9 mai	— 30 de ani de la capitularea Germaniei hitleriste. Ziua victoriei împotriva fascismului
mai	— 40 de ani de la înființarea, din inițiativa P.C.R., a organizației de masă legale — Blocul democratic
14 mai	— 20 de ani de la încheierea, între statele socialiste europene, a Tratatului de la Varșovia de prietenie, colaborare și asistență mutuală
1 iunie	— Ziua internațională pentru apărarea copilului
12 iunie	— 40 de ani de la crearea Frontului Studențesc Democratic
20—25 iunie	— 15 ani de la Congresul al VIII-lea al P.C.R.
19—24 iulie	— 10 ani de la Congresul al IX-lea al P.C.R.
21 august	— 10 ani de la adoptarea Constituției Republicii Socialiste România
23 August 1944	— Eliberarea României de sub dominația fascistă. Sărbătoarea națională a poporului român
5 octombrie	— Ziua recoltei
16—21 octombrie	— 30 de ani de la Conferința Națională a P.C.R.
25 octombrie	— Ziua Forțelor Armate ale Republicii Socialiste România
7 Noiembrie 1917	— Victoria Marii Revoluții Socialiste din Octombrie
9—10 noiembrie	— 35 de ani de la prăbușirea închisorii Doftana
28 noiembrie 1820	— S-a născut Friedrich Engels
1 decembrie 1918	— Unirea Transilvaniei cu România
6 decembrie	— 40 de ani de la încheierea acordului de la Țebea între Blocul democratic, Frontul plugarilor, Madosz și Partidul socialist independent pe o platformă democratică, antifascistă
23—28 decembrie	— 20 de ani de la Congresul al VII-lea al P.C.R.
30 decembrie 1947	— Abolirea monarhiei și proclamarea Republicii Populare Române. La 21 august 1965 țara noastră a devenit Republică Socialistă România

Miercuri	1
Joi	2
Vineri	3
Sîmbătă	4
Duminică	5
Luni	6
Marți	7
Miercuri	8
Joi	9
Vineri	10
Sîmbătă	11
Duminică	12
Luni	13
Marți	14
Miercuri	15
Joi	16
Vineri	17
Sîmbătă	18
Duminică	19
Luni	20
Marți	21
Miercuri	22
Joi	23
Vineri	24
Sîmbătă	25
Duminică	26
Luni	27
Marți	28
Miercuri	29
Joi	30
Vineri	31



Ianuarie

1 ianuarie 1855. S-a născut la Iași George Assaky, nepotul cărturarului moldovean Gheorghe Asachi. A studiat medicina la Montpellier, în Franța. A lucrat în laboratoarele de la Collège de France. A fost profesor agregat la Lille. În țară a fost profesor la clinica chirurgicală și director al Institutului de chirurgie, apoi director al Institutului de ginecologie și profesor la Clinica ginecologică.

Despre activitatea sa, Titu Maiorescu a spus într-o ședință a Camerei: «Doctorul Assaky este, fără îndoială, profesor de mare valoare și în timpul cît a fost profesor la Facultatea de medicină din București a știut, prin lecțiile sale și prin lucrările sale științifice importante, să-și atragă iubirea studenților și considerațiunea publicului român (...)». La rîndul său, profesorul Victor Babeș spunea despre Assaky: «Este un om superior din toate punctele de vedere și-l recunoaștem ca reformator al chirurgiei românești». George Assaky a fost și profesor onorific la Institutul medico-chirurgical din Philadelphia. A murit la 22 aprilie 1889.

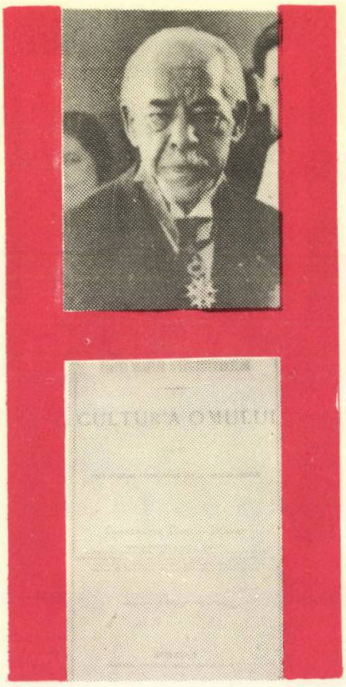
Ianuarie 1863. Prima farmacopee românească, întocmită de un colectiv format din 12 medici și 6 farmaciști (sub conducerea lui C.C. Hepites) este tipărită în limba română și latină (în 1862) și este dată în folosință printr-un decret domnesc, în care găsim mențiunea: «Aceasta va fi singurul codice medicamentoriu pentru toată întinderea Principatelor Unite».

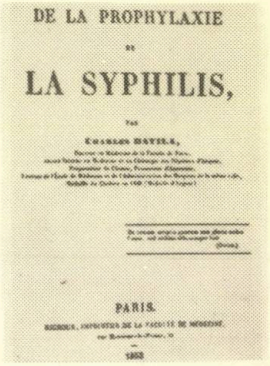
Ianuarie 1869 Ziarele bucureștene laudă activitatea doctorului Vasile Ion Vlădescu, specialist în boli de ochi, «care lucrează cu manierele sale proprii, reușind mai ales la copiii slabi și debili și la oamenii mari, neputincioși». Doctorul Vlădescu își făcuse această popularitate și prin faptul că da, în fiecare zi, consultații gratuite pentru săraci.

1 ianuarie 1880. Se dă publicității statistica decedaților din cursul celor două mari epidemii care au bîntuit în București, în cursul anului 1879. Au murit de scarlatină 703 persoane și de variolă 583. Cifrele acestea duc la concluzia că și-au pierdut viața mai mult de 70% dintre bolnavii internați în spitale, din lipsa mijloacelor de luptă contra celor două teribile flagele.

1 ianuarie 1898. Se înființează în București **Institutul Central de Agenți Fizici Medicali,** instalat în imobilul din strada Biserica Enei 11, în care funcționează (din 1897) și Baia Centrală. Institutul are trei secții: **«Idroterapia,** pentru dușe în evantai, în ploaie, în aburi, cu apă caldă sau rece; **Electricitatea medicală** — galvanizare, franclinizare (adică dușă electrică), electricitate bicelulară; **Mecanoterapia.** cu 70 de aparate».

Sîmbătă	1
Duminică	2
Luni	3
Marți	4
Miercuri	5
Joi	6
Vineri	7
Sîmbătă	8
Duminică	9
Luni	10
Marți	11
Miercuri	12
Joi	13
Vineri	14
Sîmbătă	15
Duminică	16
Luni	17
Marți	18
Miercuri	19
Joi	20
Vineri	21
Sîmbătă	22
Duminică	23
Luni	24
Marți	25
Miercuri	26
Joi	27
Vineri	28




DE LA PROPHYLAXIE

ET

LA SYPHILIS,

PAR

CHARLES DAVILA,

PARIS.

Februarie

23 februarie 1853. Carol Davila își trece teza de doctorat în medicină al facultății din Paris, cu lucrarea intitulată: «Despre prevenirea sifilisului». Se găsesc trasate în această teză liniile directoare ale unei activități de organizare sanitară valabilă pînă în zilele noastre. Cîteva săptămîni mai tîrziu (15 martie 1853) acest tînăr «cu figură de domnișoară» va fi uns de către domnitorul Știrbei în funcția de medic-șef al oștirii din Țara Românească.

22 februarie 1862. Monitorul Oficial publică un anunț demn de remarcat. Doctorul Carol Davila cheamă «orice persoană ce va avea trebuință, să vină la mine, dimineața de la 6 pînă la 9, la biroul administrației sanitare din Pasajul Român și de la 1 pînă la 5 după amiaza, în toate zilele lucrătoare, spre întîmpinarea trebuinței ce vor avea». În vremea aceea doctorul Davila era inspector general al Serviciului Sanitar (din 1864 va fi director general al Serviciului Sanitar al Principatelor Unite).

Februarie 1872. Apare lucrarea de educație sanitară, **Cultura omului,** scrisă «în folosul mumelor și a institutricelor». Autoare: profesoara Constanța Dunca-Schiau din București, membră a Societății literaților din Franța. În cele 220 de pagini ale cărții găsim sfaturi și reguli privind «arta de a crește copii și a-i perfecționa», precum și «numeroase indicații referitoare la educația fizică și la igiena copiilor». Căutată cu interes de către mame, cartea a apărut după cîteva luni în a doua ediție.

Februarie 1891. Revista franceză «La Presse Médicale» publică următoarele: «La examenul de doctorat ținut la colegiul de chirurgie-dentistică din Philadelphia, tînărul L. Velescu din România, a obținut medalia de aur și premiul întîi, succes neobișnuit, prezentînd o prea interesantă teză în scris și o lucrare practică dentară, pe care examinatorii au calificat-o o perfecție rară». În luna aprilie 1893 îl vom găsi pe doctorul Velescu practicînd stomatologia la București.

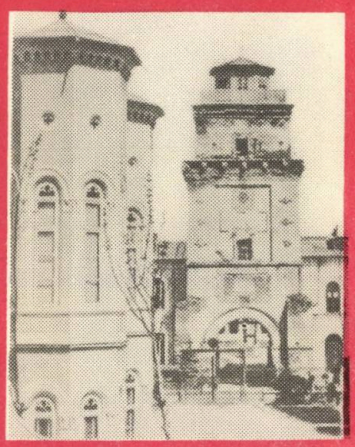
Februarie 1922. Teribilul flagel care a cuprins întreaga lume, **gripa spaniolă,** ajunge și în țara noastră. În ianuarie 1918 fuseseră semnalate primele cazuri din Europa, în cantonamentul unui regiment britanic de la Rouen (Franța). În mai puțin de trei ani boala ocolise întregul glob pămîntesc, lăsînd în urma sa 21 600 000 de morți, cifră care întrecea de două ori și jumătate totalul pierderilor de vieți omenești din primul război mondial. Tributul cel mai mare l-a plătit atunci India — 5 000 000 de morți. În lipsa altor mijloace de luptă împotriva bolii, medicii recomandau ventuze și sudație, iar ca medicament, aspirina. În România mai fusese în ianuarie 1889 o epidemie asemănătoare, denumită **influență.**

12 februarie 1928. Se înființează la București **Institutul de igienă și sănătate publică,** sub conducerea profesorului Dimitrie Mezincescu. Bazele acestui institut fuseseră puse cu un an mai înainte, dar la 12 februarie 1928 și-a început activitatea prin organizarea celui dintîi curs de specializare în igienă și medicină (la care iau parte 31 de medici). Din anul 1933 Institutul va avea patru secții de activitate care vor cuprinde problemele: epidemiologia, igiena alimentară și industrială, salubritatea apei, igiena națiunii, bolile sociale, asistența socială, antropologia, organizarea sanitară, statistica, demografia.

Februarie 1932. Gheorghe Marinescu este ales membru asociat al Academiei de medicină din Paris. Comentînd evenimentul, profesorul Nicolae Iorga scrie în ziarul «Neamul românesc»: «Nu e vorba de o alegere ca acelea din țară, care îți umplu fața de rușine, ci de una condusă de cea mai atentă discriminare între valori, care face din doctorul Marinescu un membru asociat al Academiei de medicină din Paris (...) El este învățatul de o înaltă probitate și de un simț ascuțit de autocritică, de pe urma căruia va rămîne o operă care onorează România (...)».

La 23 februarie 1933, profesorul Marinescu va fi sărbătorit cu ocazia împlinirii vîrstei de 70 de ani și a decorării sale cu Legiunea de onoare.

Sîmbătă	1
Duminică	2
Luni	3
Marți	4
Miercuri	5
Joi	6
Vineri	7
Sîmbătă	8
Duminică	9
Luni	10
Marți	11
Miercuri	12
Joi	13
Vineri	14
Sîmbătă	15
Duminică	16
Luni	17
Marți	18
Miercuri	19
Joi	20
Vineri	21
Sîmbătă	22
Duminică	23
Luni	24
Marți	25
Miercuri	26
Joi	27
Vineri	28
Sîmbătă	29
Duminică	30
Luni	31



SPITALUL COLTEA
LA ÎNCEPUTUL SECOLULUI TRECUT

Martie

18 martie 1833. Departamentul pricinilor din lăuntru, al Moldovei, aprobă fondarea societății numită la început **doftoricească moldoromanică,** iar din iunie 1833, cînd își publică statutele, **Societatea Medico Istorii Naturale din Moldova.** Aceasta a fost cea dintîi societate științifică din țara noastră. Scopul ei era «de a urma pas în pas, înaintările științei și de a se îndeletnici cu istoria naturală și iconomia acestui pămînt». Cei 83 de membri înscriși aleg ca președinte pe doctorul Mihail Zotta. Stîlpii susținători ai societății, Iacob Cihac, Constantin Vîrnav și Mihail Zotta, pun bazele unei biblioteci, stabilesc legături cu organizațiile științifice similare din străinătate și încep o susținută acțiune de combatere a misticismului și a superstițiilor. Cea mai concretă realizare a tinerei societăți este **Muzeul de istorie naturală,** pe care-l inaugurează la 4 februarie 1834.

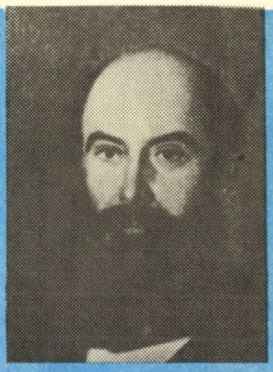
12 martie 1838. Două hrisoave domnești, semnate de Alexandru Ghica Vodă, la 12 martie 1838 și la 10 iulie 1839, prevăd înființarea unui spital de nașteri și a unei școli de moașe. Spitalul avea 12 paturi și a fost condus de doctorul Iosif Sporer, care a întocmit și **Manualul moșirii pentru învățătura moașelor.** Acesta a fost începutul oficial al operei de asistență sanitară pentru mame, în țara noastră. Casa de nașteri, căreia i s-a spus **Institutul de nașteri și moșit,** este de fapt înfăptuirea lui Mihail Ghica, fratele domnitorului. În hrisovul din 10 iulie 1839 se spune: «cînd o femeie poate să fie mai vrednică de milă decît cînd are dureri de facere, însoțite de lipsa tuturor celor trebuincioase? (...) Nu am putut trece cu vederea lipsa din acest Principat a mîngîierii unor astfel de femei (...) Am hotărît să se facă aici în politia București o așezare cu orînduirea ca să primească femei sărace, la vremea facerii și să slujească și drept școală pentru învățătura moșitului (...)». Institutul a funcționat «în casele din mahalaua Radului Vodă» (lîngă Mănăstirea Radu Vodă). Cu ocazia inaugurării s-a bătut o medalie comemorativă (în facsimil).

Martie 1843. Ziarul «Vestitorul Românesc» din 2 martie 1843 scrie: «Joi s-a făcut examen de anatomie la spitalul din Colțea, examen care încă nu s-au mai văzut în țara noastră (...). Examinatori au fost d. protomedic N. Gusi și cu ceilalți ai comisiilor. Răspunsurile la toate întrebările ce li s-au făcut școlarilor studenți dovedeau învederat și pătrunderea învățăturii (arătînd pe un schelet de pe masă toate descrierile și finanțiile organismului omenesc) și sîrguința domnului Crețulescu, doftorul și profesorul lor, încît ascultătorii toți au rămas mulțumiți și încredințați că și în români începuturile, deși mici, pot însă produce sporuri dorite».

30 martie 1921. Profesorul doctor Thoma Ionescu este ales membru de onoare al Academiei de medicină din Franța. În scrisoarea care îi este adresată după alegere, i se scrie: «Domnule și prea onorate coleg, avem onoarea a vă informa că Academia, în urma raportului unui comitet însărcinat a-i prezenta candidați, v-a numit, prin scrutin și cu majoritate absolută a celor prezenți, printre membrii săi străini. Această alegere, domnule, arată stima pe care Academia o are pentru lucrările Dvs. (...)».

Martie 1933. Statisticile arată că sînt în toată țara 8 000 de medici (pentru 18 000 000 de locuitori) dintre care, în mediul rural lucrează numai 1 037, iar 2 000 sînt șomeri... din lipsă de posturi. Cauzele șomajului sînt explicate de secretarul general al ministerului de resort: «Sînt prea mulți medici și farmaciști față de numărul posturilor existente. Este necesar să se stăvilească afluxul spre facultățile de medicină și, eventual, să se suprime una sau două dintre aceste facultăți (sic!)». Aceasta era situația reală într-o vreme cînd exista un medic pentru 14 500 de locuitori din mediul rural al țării.

Marți	1
Miercuri	2
Joi	3
Vineri	4
Sîmbătă	5
Duminică	6
Luni	7
Marți	8
Miercuri	9
Joi	10
Vineri	11
Sîmbătă	12
Duminică	13
Luni	14
Marți	15
Miercuri	16
Joi	17
Vineri	18
Sîmbătă	19
Duminică	20
Luni	21
Marți	22
Miercuri	23
Joi	24
Vineri	25
Sîmbătă	26
Duminică	27
Luni	28
Marți	29
Miercuri	30



GEORGE ALEXIANU

Aprilie

27 aprilie 1834. Sînt publicate întîile reguli privind «îndatoririle moașelor statornicite în tîrguri ținutale și în capitale». Printre altele se menționează: «Să fie cunoscut că ele nu sînt slobode să iasă din localitate, fără voie, nici măcar o zi; locuințele lor să fie însemnate cu o tablă scrisă; să meargă ziua și noaptea ori unde vor fi chemate, ca să ajute cu mare silință; să nu cuteze a da ajutor de stricarea ori pierderea vreunui copil, sau alte vrednice de pedeapsă întîmplări și să arate stăpînirii pe femeile care le fac îndemn spre scopuri nelegitime».

Aprilie 1862. Doctorul N. Turnescu folosește, pentru prima dată la noi în țară, cloroformul ca anestezic la o operație efectuată la Spitalul Coltea din București.

Aprilie 1865. Doctorul George Alexianu este numit medic legist al Capitalei. Postul acesta, înființat printr-o lege specială, nu mai existase în trecut.

Aprilie 1865. Revista «Amicul familiei», care apare la București, publică sfaturi ce trumusețe pentru femei: «Unul dintre secretele de toaletă ale femeilor este ca ele niciodată să nu se spoiască, înroșească, înnegrească sau înălbească pe față. De aici rezultă avantajul că ele oferă în tot timpul înfățișarea cea mai răpitoare și nu-și ruinează fața, fiind june și frumoase pînă la 50 de ani și nu provoacă opiniuni defavorabile prin o față ce o declară cochetă de rău gust atunci cînd se vărpește». Sfaturi valabile și pentru zilele noastre.

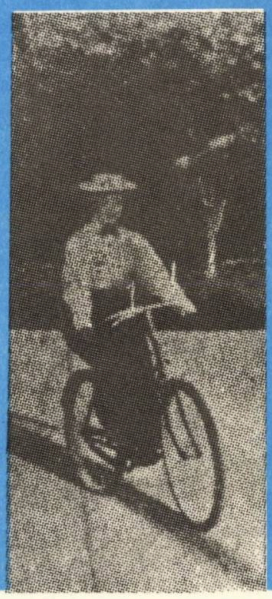
1 aprilie 1921. Își începe activitatea, la București, **Institutul de seruri și vaccinuri Dr. I. Cantacuzino.** Sînt produse aici primele seruri: antimeningococic, antipoliomielitic, antistreptococic și anatoxina difterică și tetanică. O cifră din activitatea de mai tîrziu a Institutului: în 1934 sînt produse, între altele, și trei sferturi de milion de doze vaccin BCG.

Aprilie 1952. Ia ființă, la București, **Institutul de geriatrie,** sub conducerea profesorului doctor Ana Aslan, creatoarea **Gerovitalului H3,** pentru prevenirea îmbătrînirii. În anii care urmează, acest medicament va fi folosit pe toate meridianele globului.

14 aprilie 1962. Se constituie **Uniunea Societăților de Științe Medicale din R.P.R.,** ca organizație profesională și științifică a medicilor, farmaciștilor, a personalului medical sanitar, precum și a altor specialiști care lucrează în instituțiile medicale, în domeniul științei și al practicii ocrotirii sănătății.

Joi	1
Vineri	2
Sîmbătă	3
Duminică	4
Luni	5
Marți	6
Miercuri	7
Joi	8
Vineri	9
Sîmbătă	10
Duminică	11
Luni	12
Marți	13
Miercuri	14
Joi	15
Vineri	16
Sîmbătă	17
Duminică	18
Luni	19
Marți	20
Miercuri	21
Joi	22
Vineri	23
Sîmbătă	24
Duminică	25
Luni	26
Marți	27
Miercuri	28
Joi	29
Vineri	30
Sîmbătă	31

DR. E. JUVARA



BICICLISTĂ - 1892

Mai

15 mai 1816. Cea dintîi consemnare documentară oficială privind prezența leprei în Țara Românească, o constituie porunca domnească, dată de Caragea Vodă, la 15 mai 1816: «Dumneata, dohtore Constantin Samurcaș, fiindcă pentru acei doi oameni ce s-au găsit aice în poliție (la București) cu patimi de lof asupra trupurilor lor, am hotărît Domnia Mea a li se face o adăpostire spre sălășluire la Sf. Elefterie, din vale de lîngă Cotroceni, ca să șadă acolo, spre a nu avea chimonie cu nimenea; poruncim Dumitale să te însărcinezi cu această îngrijire». Printr-o altă poruncă se hotăra și suma ce trebuia dată din vistierie pentru îngrijirea celor doi leproși: «20 de taleri pe lună, de fieșcare».

30 mai 1838. Dintr-un raport al vistieriei Țării Românești, către domnitorul Țării Românești, aflăm că la 30 mai 1838 «s'au luat în vistierie, de la d. dohtor Ioan Țucăr, cu împrumut, galbeni zece mii, cu care s-au plătit alte zapise ale sfatului (...)». Așadar în vremea aceea se afla în București un doctor care putea împrumuta vistieria statului.

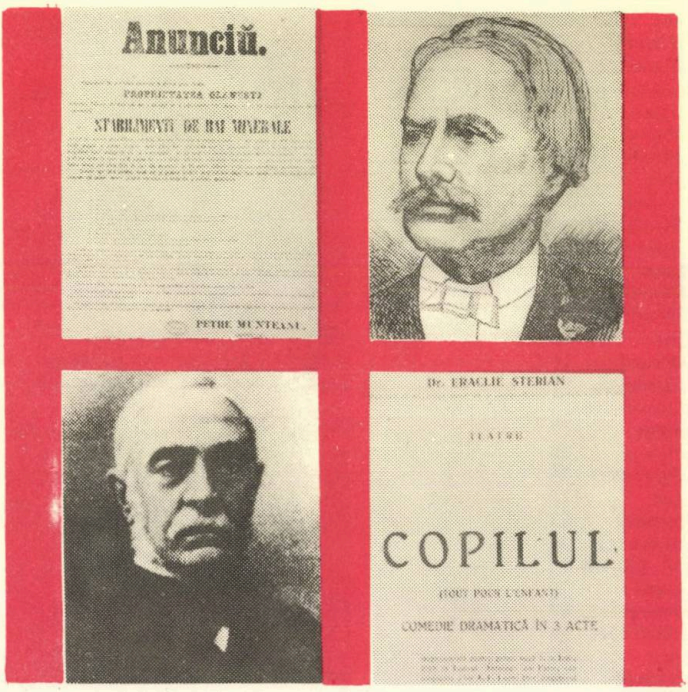
12 mai 1870. S-a născut Ernest Juvara, cel care avea să devină unul dintre fruntașii chirurgiei românești, cu reputație mondială. Între anii 1890—1893 a fost extern al spitalelor din Paris. Și-a luat doctoratul în medicină la Paris, în anul 1895. A fost director al Institutului de anatomie și profesor la Facultățile de medicină din Iași și apoi din București. A devenit cunoscut peste hotare prin numeroase tehnici operatorii originale (rezecția nervilor maxilari, grefe osoase, extirparea simpaticului cervical, craniectomii). A murit la 5 mai 1933.

Mai 1892. «Pacostea» ivită de cîțiva ani în Capitală, a prins în mrejele sale și femeile. Este vorba de bicicleta aceasta «blestemată» pe care, după cum scriu ziarele: «Chiar damele, scuturînd jugul prejudecăților, s-au urcat pe ea (...) și e de mirare, căci femeile, îndărătnice în România la orice gimnastică, au prins acum mare gust pentru ciclism». Presupusa pacoste consta în faptul că bicicleta era socotită, la vremea aceea, foarte periculoasă pentru sănătate, «știut fiind că s-au văzut unele femei foarte frumoase, care repede s-au stafidit din pricina mersului pe bicicletă».

Mai 1910. Societatea «Salvarea» însoțește pentru prima dată o manifestare sportivă, în care scop afectează un automobil special, echipat cu truse și medicamente necesare intervențiilor de urgență. Este vorba de cursa ciclistă **Turul Munteniei,** ai căror participanți s-au bucurat astfel de asistența medicală asigurată de un medic și un chirurg.

Mai 1927. O broșură, publicată de doctorul Ygrec sub titlul **Hecatomba de copii din România** denunță starea gravă în care se află natalitatea din țara noastră. Din 1 000 de nounăscuți, mureau 208 din cauze multiple: tetanosul, debilitatea congenitală, mizeria fiziologică a mamelor, tuberculoza transmisă de la părinți, sifilisul, pelagra. «Țăranca română — spune autorul — este slab alimentată, muncește 14—16 ore pe zi și ajunge, în multe cazuri, să nască chiar în cîmp».

Duminică	**1**
Luni	2
Marți	3
Miercuri	4
Joi	5
Vineri	6
Sîmbătă	7
Duminică	**8**
Luni	9
Marți	10
Miercuri	11
Joi	12
Vineri	13
Sîmbătă	14
Duminică	**15**
Luni	16
Marți	17
Miercuri	18
Joi	19
Vineri	20
Sîmbătă	21
Duminică	**22**
Luni	23
Marți	24
Miercuri	25
Joi	26
Vineri	27
Sîmbătă	28
Duminică	**29**
Luni	30



NICOLAE KRETZULESCU

Iunie

Iunie 1860. În colecția Biblioteca medicală română apare volumul **Atlasu physiologicu,** întocmit de doctorul George Polizu. Volumul acesta — primul apărut la noi cu litere latine — este însoțit de «16 figuri bine nemerite, după natură, făcînd o mai bună impresie și asupra memoriei și definind lucrurile și mai bine, înlesnind astfel foarte studiul științelor». Sînt 16 planșe cu 102 desene reprezentînd organele corpului omenesc. Cu un an mai înainte același medic publicase o prescurtare a anatomiei descriptive.

Iunie 1863. Dumnealui, Petre Munteanu, anunță că «a primit ca zestre proprietatea Olănești și s-a străduit să aranjeze în mod convenabil stabilimentul de băi minerale, avînd un număr de 60 de camere, cu paturi, scaune și mese — dar fără așternut — care sînt la dispoziția domnilor pasageri în raport cu dieta lor». Așa aflăm din afișul respectiv (aflat astăzi la Biblioteca Academiei R.S.R.), în care bravul antreprenor fixează și bolile ce se pot trata la Olănești: «de piele, de hemoroide, paraliziile în cel mai rău grad, slăbiciunile de stomac, reumatismele, tot felul de sifilitice, scrofulele (...)». La vremea aceea erau cunoscute la Olănești și 18 feluri de ape minerale.

26 iunie 1900. A murit doctorul Nicolae Kretzulescu, unul dintre întemeietorii învățămîntului medical la noi. Membru al Academiei Române și președinte al acestui înalt for cultural (1895—1898), a fost ministru și prim-ministru în timpul lui Cuza, apoi ministru plenipotențiar în mai multe țări. S-a născut la 1 martie 1812, ca fiu al marelui logofăt Alexandru Kretzulescu și al Anei Cîmpineanu. A studiat medicina la Paris.

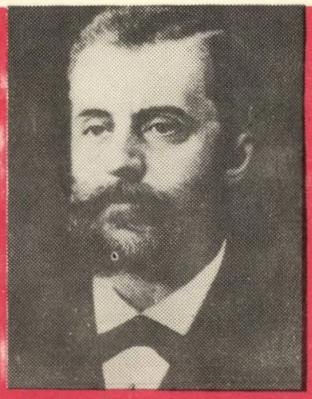
Iunie 1912. Se inaugurează, la Budapesta, un sanatoriu românesc, pe care-l conduce doctorul Bela Cosmuță. Sanatoriul funcționează pe Strada Vorosmajor 64 și are instalații de hidroterapie, electroterapie și helioterapie. Are 26 de camere-saloane. În scurt timp sanatoriul devine renumit în Europa, datorită, mai ales, tratamentelor aplicate cu succes diabeticilor.

30 iunie 1913. La teatrul ANTOINE din Paris are loc premiera piesei **Copilul** («Tout pour l'enfant») — comedie dramatică în trei acte, scrisă de medicul român Eraclie Sterian (membru al societății autorilor dramatici din Franța). Piesa trata problema consolidării căsniciilor prin prezența copiilor.

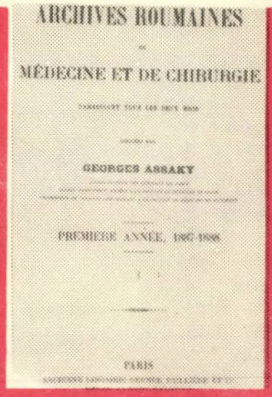
21 iunie 1931. La congresul național de tuberculoză, ținut la București, se fac unele comunicări alarmante privitoare la starea sanitară a populației țării. Profesorul Ioan Cantacuzino, ministru al sănătății, declară: «Se duce acum o campanie antituberculoasă la noi, dar meritul nu este al statului, ci al societăților particulare. Față de întinderea flagelului, fondurile alocate de stat sînt cu totul insuficiente». Existau atunci în țară 18 000 de paturi în toate spitalele, dintre care numai 1 200 destinate bolnavilor de plămîni (200 000 de tuberculoși recenzați).

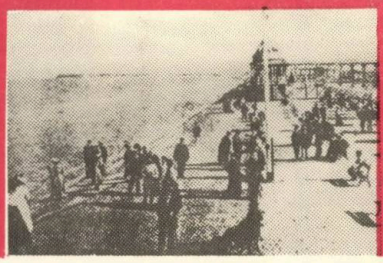
20 iunie 1940. Prin stăruința profesorului Francisc Rainer, creatorul școlii antropologice românești, se înființează la București Muzeul de antropologie al Facultății de medicină. Între altele, muzeul dispune de cea mai mare colecție de cranii din Europa — peste 5 000.

Marți	1
Miercuri	2
Joi	3
Vineri	4
Sîmbătă	5
Duminică	6
Luni	7
Marți	8
Miercuri	9
Joi	10
Vineri	11
Sîmbătă	12
Duminică	13
Luni	14
Marți	15
Miercuri	16
Joi	17
Vineri	18
Sîmbătă	19
Duminică	20
Luni	21
Marți	22
Miercuri	23
Joi	24
Vineri	25
Sîmbătă	26
Duminică	27
Luni	28
Marți	29
Miercuri	30
Joi	31



ALEXANDRU MARCOVICI





Iulie

26 iulie 1835. Sînt o sută şi patruzeci de ani de la naşterea lui Alexandru Marcovici, întemeietorul învăţămîntului de clinică medicală din România. A studiat medicina la Paris, fiind primul român care a reuşit la concursul de Internat. Medic primar al Spitalului Colţea şi profesor de clinică medicală şi terapeutică. A murit la 5 ianuarie 1880.

iulie 1887. Profesorul doctor George Assaky scoate la Paris revista **Archives roumaines de médecine et de chirurgie,** publicaţie prestigioasă, care va apărea timp de doi ani. Dintre medicii români colaborează: N. Manolescu, Felix, I. Kiriac, Victor Babeş, Hepites, Buicliu, Leonte, Nanu, Gheorghe Marinescu.

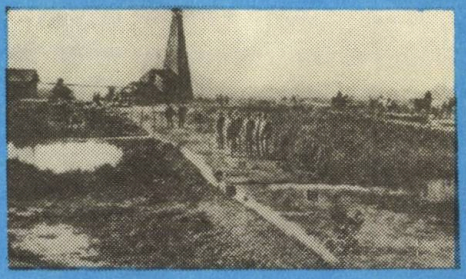
Iulie 1901. Medicul Constantin Paul, de la Spitalul Brîncovenesc din Bucureşti, lucrează cu un stetoscop inventat de el — «care este cel mai bun din cîte există, deoarece în timpul consultului medicul nu stă aplecat, deci examinează în cele mai prielnice condiţiuni» — cum scriu ziarele timpului.

30 iulie 1906. Un grup de intelectuale din Bucureşti înfiinţează **Asociaţia Conducătoarelor de Grădini de Copii,** avînd ca deviză principală: «Prin muncă, iubire şi răbdare să dezvoltăm copilul». Asociaţia are ca preşedintă pe Luiza I. Neamţu. La 1 septembrie 1906 va apărea **Grădina de copii,** revistă a asociaţiei, adresată educatoarelor de copii şi familiilor.

Iulie 1911. Sînt inaugurate primele lucrări de la Mamaia: un pavilion, 12 bănci pentru odihna celor ce vin să privească marea (stînd îmbrăcaţi) şi cîteva umbrele, cu scaune, pentru cucoanele care nu suportă razele soarelui. Rezultatele sînt mulţumitoare: în fiecare duminică vin aici «zeci şi zeci de vizitatori» — după cum ne informează ziarele de atunci şi după cum vedem şi din fotografia alăturată.

Vineri	1
Sîmbătă	2
Duminică	3
Luni	4
Marți	5
Miercuri	6
Joi	7
Vineri	8
Sîmbătă	9
Duminică	10
Luni	11
Marți	12
Miercuri	13
Joi	14
Vineri	15
Sîmbătă	16
Duminică	17
Luni	18
Marți	19
Miercuri	20
Joi	21
Vineri	22
Sîmbătă	23
Duminică	24
Luni	25
Marți	26
Miercuri	27
Joi	28
Vineri	29
Sîmbătă	30
Duminică	31

CIUREL, 1901



„LOCUINȚE" ÎN CARTIERUL MUNCITORESC GIULEȘTI DIN BUCUREȘTI - 1943

August

24 august 1834. Ziarul «Curierul românesc» ne informează: «În orașul Slatina, județul Olt, ivindu-se boala holerii, după știrea ce a luat stăpînirea pentru aceasta, îndată s-a pornit de aici d. marele doctor Const. Estiotis, carele, mergînd acolo, a găsit tot orașul la cea mai mare spăimîntare (...) Tot numărul bolnavilor este la 51, din care 18 au murit (...) O tratare antifloghistică și anume luarea de sînge în cîtățime și cuțitoare, s-a arătat cea mai folositoare pentru boală (...)». Cu patru ani mai înainte holera pustiise București.

16 august 1859. Un alt ziar, Steaua Dunării, scrie despre o epidemie ivită pe moșiile Salcea și Plopeni: «o boală numită de țărănime **vintre** sau **pîntecarie,** care posede în sine semnele holerii și care cauzează de oameni zac și se tăvălesc în sînge (...) iar ca leac nu se face altăceva decît că preoții împărtășesc și înmormîntează copii, femeile și bărbații ce mor, căci bieții locuitori n-au parte de medici și de moașe (...). Oamenii mor și nimenea nu cercetează din ce cauză (...)».

August 1860. Inspectoratul general sanitar al Țării Românești, intervine pe lîngă Ministerul de Finanțe, printr-o adresă stăruitoare, pentru a se da aprobarea «de aducere de sare de mare, prin import, pentru încurarisirea unor bolnavi». Aprobarea s-a dat și s-a fixat o taxă de 8 lei pentru fiecare ocă de sare importată. Medicii o recomandau cum se folosește astăzi, la domiciliu, sarea de Bazna sau de Băltățești.

August 1860. Eforia Spitalelor Civile, apreciind efectele terapeutice ale gimnasticii «înavuțește spitalul de copii cu o sală înadins făcută pentru gimnastica acelora dintre pătimașii de scrofule și de rachitism, cum și cei de constituție delicată (...)». Cei ce făceau gimnastică acolo nu plăteau nimic «afară de acei pătimași care vor sta sub influența machinilor gimnastice, permanent, pentru ei fixîndu-se o taxă de 8 lei pe zi».

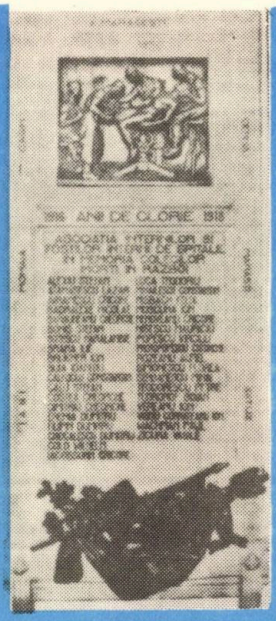
August 1900. Doctorul Iacob Felix, profund cunoscător al acestei probleme, dă alarma: «Malaria, paludismul, este boala cea mai răspîndită, cea mai gravă, cea mai omorîtoare a României; ea constituie una din cauzele mizeriei populației agricole (...) Forma cronică a malariei vatămă interesele economice ale statului, prin slăbirea forței muncitorului pămîntului, determinînd degenerarea fizică a țăranului (...)». Abia după aproape o jumătate de secol — prin acțiunea din 1947 — s-a ajuns la eradicarea malariei la noi în țară.

August 1901. Primele sonde la... București. Dar nu este vorba de sonde de petrol, ci pentru găsirea unor surse de apă potabilă. Fotografia este făcută la Ciurel, în august 1901.

August 1925. La Paris apare lucrarea chirurgului Al. D. Rădulescu de la Spitalul de ortopedie din Cluj: **Grefe și transplante osoase la om.**

August 1943. «Revista medicală» publică unele date privind evoluția bolilor din țara noastră, din perioada august 1942 — august 1943. Pelagroșii sînt în fruntea statisticii, cu 251 300 de cazuri; bolnavii de tuberculoza de la orașe cu 32 014. Cauzele răspîndirii acestor boli: hrana necorespunzătoare la sate și locuințele mizere de la orașe. În vremea aceea revenea un medic la 8 057 de locuitori în mediul rural.

Luni	1
Marți	2
Miercuri	3
Joi	4
Vineri	5
Sîmbătă	6
Duminică	7
Luni	8
Marți	9
Miercuri	10
Joi	11
Vineri	12
Sîmbătă	13
Duminică	14
Luni	15
Marți	16
Miercuri	17
Joi	18
Vineri	19
Sîmbătă	20
Duminică	21
Luni	22
Marți	23
Miercuri	24
Joi	25
Vineri	26
Sîmbătă	27
Duminică	28
Luni	29
Marți	30



DR. VICTOR GOMOIU

Septembrie

5 septembrie 1850. Se împlinesc o sută și douăzeci și cinci de ani de la nașterea lui C.I.Istrati. Absolvent al Facultății de medicină din București în anul 1875, participă la războiul de la 1877, îngrijind răniții (conduce o ambulanță militară). În 1882 își ia diploma de doctor în chimie, la Paris. Din 1885 este profesor la Facultatea de medicină din București. A descoperit noi materii colorante, **franceinele.** Elaborează cursuri de chimie (traduse și în străinătate). Între 1913—1916 este președinte al Academiei Române. A murit în anul 1918.

1 septembrie 1860. O sută și cincisprezece ani de la nașterea lui Thoma Ionescu (mort la 28 martie 1926). Chirurg de renume mondial, profesor la Facultatea de medicină din București, este socotit printre creatorii școlii de chirurgie românească. Și-a demonstrat sistemul propriu de anestezie (rahianestezia înaltă) în cursul unui turneu răsunător, operînd în spitalele din Anglia și din America, la începutul secolului nostru.

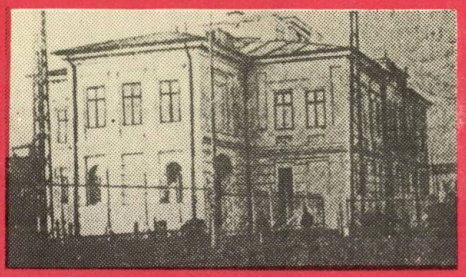
Septembrie 1871. «Revista Societății pentru învățătura poporului» dă sfaturi privind îngrijirea dinților: «În dinții carioși se găsesc vegetațiuni (protococi) și animalii (infuzorii). Acești organizmi sînt cauza cariei (...). Trebuie făcută plumbuirea dinților cu plumb, cu cadmiu sau cu aur. Odoarea fetidă a dinților carioși se înlătură prin spălarea cu hipermanganat de potasă (...) E bine ca omul să se ferească, să nu spargă sîmburi cu dinții; nici să se scobească prea tare cu scobitorile».

2 septembrie 1924. Pe unul din zidurile Spitalului Colței este pusă o placă comemorativă (în fotografie) cu numele foștilor interni ai spitalului care și-au pierdut viața în războiul de întregire a neamului. Placa, avînd basoreliefuri executate de sculptorul Mățăoanu, poartă numele a 35 de medici, toți foști membri ai **Asociației internilor de spitale,** instituție prin grija căreia s-a făcut piosul act comemorativ.

Septembrie 1925. Un aspect de acum o sută de ani din Capitală? Nu. Fotografia reprezintă un centru de aprovizionare cu apă, aflat pe șoseaua Pantelimon, în anul 1925 — deci acum cincizeci de ani — cînd conductele de apă nu ajunseseră încă pînă acolo. Comerțul de apă, cu sacaua și cu cofa, mai era deci în floare, la vremea aceea, la periferiile Capitalei.

10 septembrie 1932. Societatea Internațională de Istoria Medicinii, își ține cel de-al doilea congres, la București (10—18 septembrie 1932), lucrările fiind conduse de medicul român Victor Gomoiu, președintele secțiunii române a societății. După șase ani — în septembrie 1938 — doctorul Gomoiu va fi ales, pentru o perioadă de cinci ani, președinte activ al Societății Internaționale de Istoria Medicinii, care își avea sediul la Paris.

Miercuri	1
Joi	2
Vineri	3
Sîmbătă	4
Duminică	5
Luni	6
Marți	7
Miercuri	8
Joi	9
Vineri	10
Sîmbătă	11
Duminică	12
Luni	13
Marți	14
Miercuri	15
Joi	16
Vineri	17
Sîmbătă	18
Duminică	19
Luni	20
Marți	21
Miercuri	22
Joi	23
Vineri	24
Sîmbătă	25
Duminică	26
Luni	27
Marți	28
Miercuri	29
Joi	30
Vineri	31



INSTITUTUL GREGORIAN MATERNITATEA

LOCALUL ȘCOLII DENTARE - 1909

Octombrie

7 octombrie 1852. La Iași ia ființă o școală de moșit, care funcționează în localul Institutului Gregorian. Școala are, pentru început, șase eleve, alese dintre lehuzele rămase fără copii.

5 octombrie 1867. Se constituie la București **Societatea medico-chirurgicală.** avînd 22 de membri, dintre care: dr. Davila — președinte, dr. Felix — vicepreședinte. Scopul societății: «de a cultiva sciințele medicale în toată întinderea lor și de a urmări progresele lor prin procedări și comunicații mutuale, prin scrieri și prin esperiențe sciințifice». Societatea editează publicația «Gazeta spitalelor», organ bilunar de propagandă care va apărea pînă în anul 1869.

15 octombrie 1870. La Craiova se inaugurează spitalul «Th. I. Preda», instalat în casele donate de către soții Maria și Theodor Preda. La început acest așezămînt avea 20 de paturi. În primii treizeci de ani de existență, au fost spitalizați aici 925 de bolnavi și au fost date 15 500 de consultații gratuite.

28 octombrie 1874. Postul vacant de chirurg, de la Spitalul Colțea, este scos la concurs. După trecerea a numeroase probe «făcute la căpătîiul bolnavilor» răușește doctorul Grigore Romniceanu, în vîrstă de 27 de ani. Cu doi ani mai înainte — în 1870 — acest chirurg publicase un **Tratat elementar de anatomie descriptivă,** iar mai tîrziu — în 1880 — va publica un **Manual de patologie chirurgicală.**

Octombrie 1888. Farmacistul Vladimir Linde, din Rîmnicul Sărat, anunță că a preparat și a pus în vînzare **pastă glicerinată** pentru curățatul dinților. Produsul, care se pare că a fost prima pastă de dinți fabricată la noi, se găsea de vînzare la farmaciile și la coaforii din: București, Focșani, Tecuci, Neamț și Rîmnicu Sărat.

8 octombrie 1890. Optzeci și cinci de ani de la moartea doctorului Nicolae Turnescu (1819—1890). A fost cel dintîi profesor de chirurgie de la Facultatea de medicină din București și unul dintre modernizatorii chirurgiei românești.

15 octombrie 1909. Își inaugurează cursurile prima școală dentară de la noi. Inițiatorul ei a fost doctorul Pavel Macarovici din Iași. Școala funcționează într-un imobil modest de pe Calea Griviței din București. Are două secții destinate pregătirii de tehnicieni dentari și dentiști «ce nu vor putea întrebuința însă inhalații anestezice, decît dacă sînt asistați de un medic». Școala a avut și o clinică dentară (dispensar gratuit pentru săracii suferinzi de «boli de gură»).

Sîmbătă	1
Duminică	2
Luni	3
Marți	4
Miercuri	5
Joi	6
Vineri	7
Sîmbătă	8
Duminică	9
Luni	10
Marți	11
Miercuri	12
Joi	13
Vineri	14
Sîmbătă	15
Duminică	16
Luni	17
Marți	18
Miercuri	19
Joi	20
Vineri	21
Sîmbătă	22
Duminică	23
Luni	24
Marți	25
Miercuri	26
Joi	27
Vineri	28
Sîmbătă	29
Duminică	30

Noiembrie

Noiembrie 1846. În toamna anului 1846 apare la București volumul **Practica doctorului de casă,** lucrare vastă cuprinzînd 516 pagini care, după cum se arată pe copertă, urmărea: «Cunoașterea apărării și a tămăduirii boalelor bărbătești, femeiești și copilărești și o prescurtare de hirurgie». În principalele capitole sînt dezbătute probleme referitoare la dietetică, nașterea pruncilor, boala vărsatului, îngrijirea bătrînețelor. Autorul lucrării: Ștefan Vasilie Episcopescu — mai scosese cu ani înainte (în 1821 și în 1829) alte două scrieri medicale: **Mijloace și leacuri de ocrotirea ciumei** și **Oglinda sănătății și a frumuseții omenești.**

Noiembrie 1847. Ziarele anunță apariția unei cărticele intitulată **Băile Balta Albă,** care se vinde, cu învoirea ocîrmuirii, cu un sfanț exemplarul, «din sumele ce se vor strînge urmînd a fi ajutați sinistrații rămași pe drumuri din cauza marelui foc din București, de la 23 martie 1847».

Noiembrie 1893. O știre de senzație publicată de ziarele din Capitală: medicul G.T. Zisu a vindecat de paralizie facială pe un bolnav, vînzător la magazinul «Macarian» de pe Calea Victoriei, «folosind curenți electrici, spre marea mirare a altor medici care încercaseră, fără izbîndă, să vindece acest bolnav cu leacuri obișnuite».

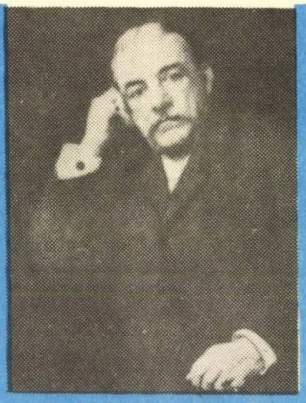
20. XI. 1905. Brăilenii, mîndri de stațiunea balneară din apropierea orașului lor, scot, la 20 noiembrie 1905, un buletin săptămînal al acestei stațiuni, intitulat **Lacu-Sărat.** Este un fel de oficios al proprietarilor și comercianților care se ocupă de această renumită stațiune, dar paginile buletinului conțin articole și informații privind problemele medicale specifice, plus reclamele care atrag vizitatorii stațiunii — în majoritate bolnavi.

15. XI. 1927. Se înființează căminul Societății studenților în medicină, care funcționează în palatul său propriu, atunci inaugurat (pe Splaiul Unirii, colț cu strada Schitu Măgureanu).

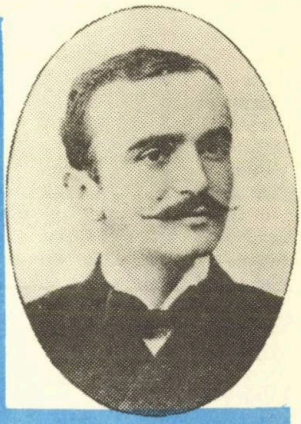
4. XI. 1937. Universitatea din Toulouse (Franța) acordă profesorului doctor C. Daniel din București diploma de **doctor honoris causa,** pentru contribuția sa la dezvoltarea cooperării științifice franco-române. Doctorul Daniel era membru al Academiei de medicină din Paris și al Academiei de medicină din Roma.

****

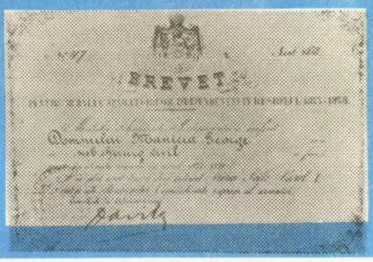
Luni	1
Marți	2
Miercuri	3
Joi	4
Vineri	5
Sîmbătă	6
Duminică	7
Luni	8
Marți	9
Miercuri	10
Joi	11
Vineri	12
Sîmbătă	13
Duminică	14
Luni	15
Marți	16
Miercuri	17
Joi	18
Vineri	19
Sîmbătă	20
Duminică	21
Luni	22
Marți	23
Miercuri	24
Joi	25
Vineri	26
Sîmbătă	27
Duminică	28
Luni	29
Marți	30
Miercuri	31



NICOLAE KALINDERU



DR. C. POENARU-CĂPLESCU



Decembrie

6. XII. 1835. S-a născut Nicolae Kalinderu (1835—1902). Clinician de valoare, profesor la Facultatea de medicină din București, membru corespondent al Academiei Române, Kalinderu devine cunoscut în cercurile medicale europene prin lucrările sale asupra leprei: **Memoriu asupra leprei din România, Lepra anestezică, Lepra în România** (1889, 1897, 1898). A mai publicat studii privind anevrismul aortei, meningita tuberculoasă, și altele.

24. XII. 1869. Eforia Spitalelor Civile anunță prin «Monitorul Oficial» că are de vînzare 1 000 de vedre de vin de Dealul Mare «din cel făcut pritoc 'și care se dă cu ridicata sau cu butia». Înțelegem că Eforia avea nevoie de bani, deoarece mai anunță că va cumpăra «mai multe care cu gheață trebuitoare spitalelor: Colțea, Colentina, cel de copii, Maternitatea, Azilul Elena Doamna, Orfelinatul Sf. Pantelimon și Ospiciul Mărcuța.

Decembrie 1878. Ministerul de Război acordă brevete celor ce s-au distins în războiul pentru independență. Între bravii aflați pe listele respective găsim și pe Manicea George, subchirurg civil, căruia i se dă brevetul nr. 47 al **medaliei apărătorilor independenței în resbelul 1877—1878** (în facsimil).

17. XII. 1882. La Iași se constituie **Societatea Medico Militară**, din care fac parte medici, veterinari și farmaciști din unități militare.

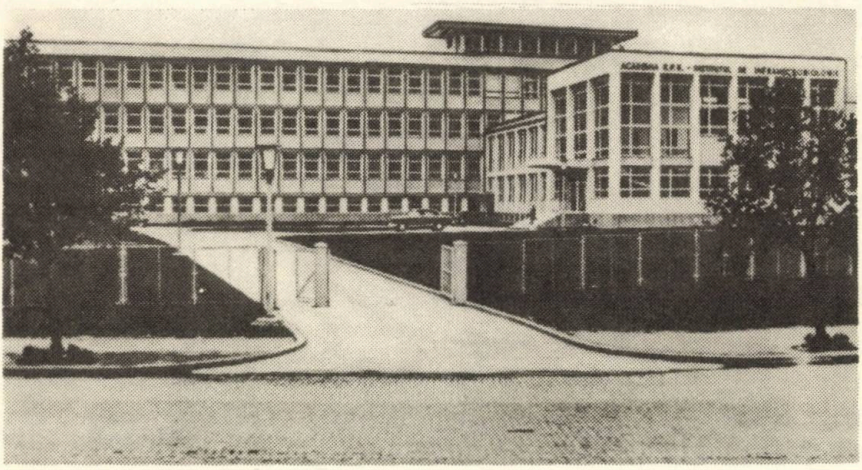
11. XII. 1935. Chirurgul român C. Poenaru-Căplescu primește premiul «Ernest Goudard» acordat de Academia de medicină din Paris, pentru lucrarea sa privind studiul clinic al apendicitei.

Decembrie 1936. Chirurgul I. Făgărășanu folosește catgut românesc fabricat după metoda profesorului Vintilescu. Concluzii: catgutul românesc se prezintă în foarte bune condiții.

I. MUNTEANU

EDITORIAL

Programul de directive privind dezvoltarea economico-socială a României în anii 1976—1980, precum și prognozele de dezvoltare în perspectivă a țării pînă în 1990 «prefigurează viitorul strălucit al patriei noastre, înarmează partidul și poporul cu un program clar de acțiune în vederea făuririi societății socialiste multilateral dezvoltată și înaintării României pe calea edificării comunismului» (N. Ceaușescu). Acest proiect desăvîrșit de Congresul al XI-lea al P.C.R. a fost îmbrățișat de întreg poporul cu încrederea cu care este privită imaginea celui ce întrupează deopotrivă și detașamentul de avangardă al poporului și patria în întregul ei.



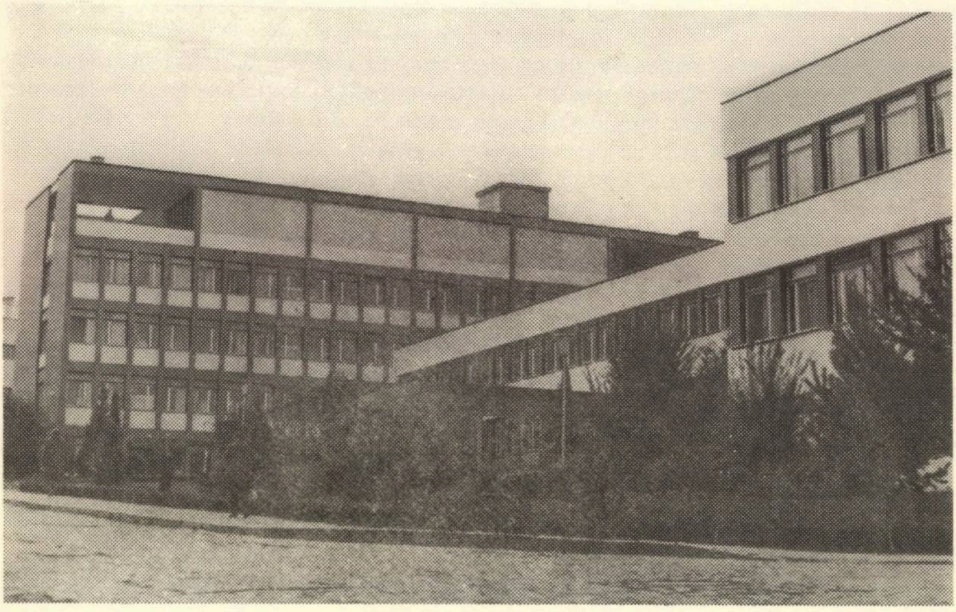
INSTITUTUL DE INFRAMICROBIOLOGIE - BUCUREȘTI

Pornind de la analiza științifică materialist-dialectică și istorică a dezvoltării generale a societății românești și a lumii contemporane, trăgînd învățăminte din bilanțul strălucitelor realizări obținute în anii construcției socialismului, acest program trasează căile dezvoltării economice și sociale a țării în viitorul cincinal. Experiența anilor ce au trecut a putut să ne convingă de legătura indestructibilă ce există între dezvoltarea economică și îmbunătățirea condițiilor de trai. Concomitent cu majorarea veniturilor directe s-a îmbunătățit de asemenea, an de an, nivelul de trai pe calea fondurilor sociale de stat, un exemplu elocvent fiind dezvoltarea pe care a cunoscut-o sectorul pentru ocrotirea sănătății.

Ridicată la rangul de politică de stat, ocrotirea sănătății a înregistrat — în contextul întăririi bazei materiale și a potențialului de cadre, al perfecționării acțiunilor întreprinse pentru îmbunătățirea asistenței medicale și creșterea eficienței activității preventive — importante realizări. Dispunem de 3 826 dispensare medicale, practic în toate comunele țării, de peste 372 policlinici și peste 186 000 paturi de asistență medicală. Numărul locurilor în creșe depășește astăzi 41 000. Aproape 33 000 de medici, peste 5 100 farmaciști și 112 700 cadre sanitare medii și auxiliare se află la dispoziția populației. Dezvoltarea și modernizarea bazei materiale continuă în același ritm accelerat. Numai în anul 1974 s-au dat în funcțiune 12 spitale, iar pentru cincinalul viitor este proiectată construirea a încă 53 de spitale. De asemenea s-a urmărit creșterea accesibilității populației la o asistență medicală din ce în ce mai calificată și specializată prin repartizarea judicioasă a unităților sanitare, prin legarea mai strînsă a activității spitalelor de cea din teritoriu, prin creșterea promptitudinii asistenței medicale

SPITALUL HUNEDOARA-VEDERE GENERALĂ

SPITALUL DIN SUCEAVA



INSTITUTUL ONCOLOGIC DIN CLUJ

de urgență. O atenție deosebită este acordată condițiilor igienice la locul de muncă și de viață, identificării factorilor de risc și stabilirii gradului de influență al acestora asupra stării de sănătate a populației. În acest context, preocupări majore se referă la probleme ale ocrotirii sănătății și asistenței medicale a femeii. Întreprinderile cu peste 2 500 de femei sînt prevăzute cu medici obstetricieni-ginecologi; au început să funcționeze în multe din capitalele de județ cabinete pentru combaterea sterilității feminine și de ginecologie infantilă.

Ca urmare a creșterii nivelului de trai, material și cultural al poporului, dar și a contribuției aduse de sectorul sanitar, starea de sănătate a populației s-a îmbunătățit simțitor. Astfel mortalitatea infantilă s-a redus de peste trei ori față de 1950, atingînd în 1973 cel mai scăzut nivel înregistrat pînă în prezent în țara noastră. Mortalitatea generală s-a redus la jumătate față de anul 1938, iar durata medie de viață se apropie de 69 de ani. Nu trebuie omis însă de arătat că îmbunătățirea standardului economic a determinat o pondere sporită a afecțiunilor care cunosc drept cauză favorizantă alimentația abundentă. În acest sens, clinicile de nutriție, specialiștii din institutele de igienă și din unitățile de asistență medicală desfășoară o bogată activitate în domeniul cercetării alimentației raționale, coroborată cu supravegherea activă, prin dispensarizare, a bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare, diabet, ateroscleroză.

Strîns legată de această uriașă dezvoltare, se prezintă îmbunătățirea aspectului calitativ al asistenței medicale care a cunoscut, sub toate formele, un nivel din cele mai ridicate pe plan mondial. Dar după cum societatea socialistă multilateral dezvoltată nu poate fi realizată decît pe baza celor mai înalte cuceriri ale științei, la fel nu se poate imagina o asistență medicală de calitate fără perfecționarea învățămîntului de specialitate, intensificarea activității de cercetare, formarea de cadre bine pregătite profesional. Ritmul intens de dezvoltare a științelor medicale impune ca fiecare cadru medical să manifeste un interes permanent pentru informarea medicală, deoarece diploma nu conferă nimănui o calitate profesională cu valoare permanentă, dacă aceasta nu este îmbogățită în fiecare zi, la fiecare pas.

Aici intervine prezența și rolul cărții medicale. Bine aleasă, încărcată cu toate cuceririle actuale ale științei medicale, recurgînd la realizările școlii medicale românești, redactată și prezentată într-o formă desăvîrșită, răspunzînd prompt cerințelor venite din sînul lucrătorilor medico-sanitari și al maselor largi, această carte medicală este chemată să sprijine viguros ridicarea nivelului profesional al acestora, să îmbunătățească calitatea asistenței medicale. Statele de serviciu ale Editurii medicale în acest domeniu constituie o garanție, dar și un angajament. Cele mai bine de 1 200 de titluri apărute în cursul a 21 de ani de activitate sub forma cărții medicale de nivel superior (tratate, monografii, studii), de nivel mediu (pregătirea cadrelor medii de specialitate) și de popularizare, într-un tiraj ce depășește 10 milioane de exemplare și un volum de 600 000 de pagini manuscris, arată efortul de pînă acum al Editurii medicale, și modul în care ea poate contribui și pe viitor la pregătirea și ridicarea cadrelor medico-sanitare, la educarea pe linie sanitară a maselor largi.

Încadrată în efortul țării întregi, Editura medicală se va strădui să fie prezentă, făcînd să apară o carte medicală valoroasă și cu un aspect grafic atrăgător.

TUBERCULOZA astăzi

Omenirea se luptă de milenii cu tuberculoza, mai ales cu tuberculoza pulmonară, ale cărei victime, de-alungul istoriei, chiar numai la noi în țară, sînt incalculabile.

Spre deosebire de trecut, cînd eram lipsiți de arme de apărare contra bolii și de lichidare a ei, astăzi dispunem de mijloace de luptă deosebit de eficace. Ele ne-ar permite, dacă ar fi corect aplicate, să lichidăm tuberculoza ca problemă de sănătate publică în cîțiva ani de zile. În unele țări acest lucru s-a și realizat sau este pe cale de realizare.

Principalele arme de luptă contra tuberculozei sînt în prezent *vaccinarea BCG* și *chimioterapia* sau terapia cu tuberculostatice.

Vaccinarea antituberculoasă

Vaccinarea BCG (cu bacili Calmette-Guérin), introdusă la noi din 1925 de profesorul Cantacuzino, nu a ajuns să fie aplicată în massă și în mod eficace decît în ultima vreme. Scopul ei este să confere în primul rînd copiilor, dar și adolescenților și tinerilor, care nu au făcut încă o infecție tuberculoasă naturală, o rezistență crescută față de această infecție și față de îmbolnăvire.

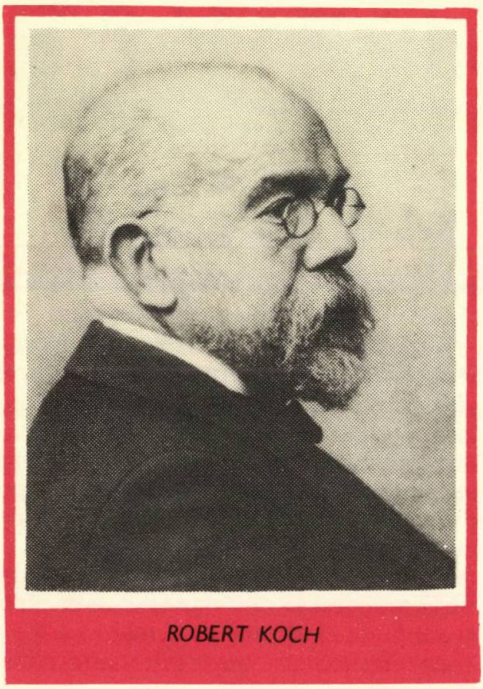
O experiență de mai multe decenii, din diverse țări, arată că vaccinarea BCG reduce cu 50—80% riscul de a face o tuberculoză. Chiar dacă se îmbolnăvesc, vaccinații fac forme mai ușoare de boală și se vindecă mai ușor, cu tratamentele existente.

Vaccinarea BCG se aplică prima dată la nou-născuți, în maternități, în primele 8 zile sau, în zilele următoare, la domiciliu. Prin aceasta ei sînt protejați împotriva infecției tuberculoase timp de mai mulți ani, tocmai în perioada de vîrstă în care prezintă o sensibilitate maximă față de boală. Un vaccin puternic poate să dea o imunitate de lungă durată. Cu vaccinul BCG practicat la noi, este necesar ca pînă la vîrsta de 21 de ani să se mai facă încă 2 sau 3 revaccinări, după calendarul stabilit de rețeaua sanitară.

Pentru a ști cine trebuie și cine nu trebuie vaccinat, se practică în prealabil o intradermoreacție (IDR), adică un test de sensibilizare cutanată la tuberculină (extras de culturi bacilare). Testul constă în injectarea intradermică (în pielea brațului) a unei cantități minime din produsul purificat al acestei substanțe (PPD). În cazul cînd reacția este *pozitivă*, se formează la locul injecției un nodul dermic și o zonă de eritem (roșeață) cu diametrul mai mare de 8—9 mm; IDR pozitivă denotă existența unei infecții naturale latente sau vindecate, care dă de obicei o stare de imunitate apreciabilă față de o nouă infecție. Vaccinarea în aceste cazuri nu mai este deci necesară.

În caz de reacție *negativă*, cînd nu se produce pe piele nici o modificare, se trage concluzia că infecția naturală nu s-a produs și ca atare se impune vaccinarea BCG.

Efectuarea testărilor tuberculinice și a vaccinărilor BCG nu implică dificultăți tehnice, ci mai mult organizatorice. Aceste acțiuni presupun mobilizarea unor mase mari de copii (eventual cu părinții lor) și



ROBERT KOCH

de tineri: prima oară pentru a li se practica IDR şi a doua oară (după 72 de ore) pentru a li se citi reacţia şi pentru a li se aplica, dacă este cazul, vaccinul BCG. Cum testarea şi vaccinarea antituberculoasă se fac de echipe specializate şi numai într-un anumit interval din cursul anului (pentru a nu se suprapune cu alte vaccinări), este necesar ca populaţia să răspundă cu înţelegere şi promptitudine la solicitările medicilor de circumscripţie din dispensarele de tuberculoză sau din policlinicile care se ocupă cu această problemă.

Dacă copiii dintr-un cartier sau dintr-o comună, sînt chemaţi la vaccinare şi nu vin decît 80 sau 90%, cei 10% care rămîn nevaccinaţi au un risc de îmbolnăvire de 3—4 ori mai mare decît restul populaţiei. De asemenea, dacă într-o maternitate nu se vaccinează decît 90% din nou-născuţi, cei 10% nevaccinaţi au «şanse» crescute să facă o tuberculoză, şi nu dintre cele mai uşoare.

Problema se pune în aceiaşi termeni şi pentru şcolarii adolescenţi şi pentru adulţii tineri, la care efectul vaccinării anterioare s-a stins şi care nu au făcut între timp o infecţie naturală latentă.

La noi în ţară s-a reuşit, după cercetări insistente făcute la Institutul Cantacuzino, să se prepare un vaccin BCG de eficacitate similară cu a celui din alte ţări.

Institutul de Ftiziologie al Ministerului Sănătăţii, împreună cu Direcţiile Sanitare şi cu dispensarele antituberculoase, au organizat în anul 1973 o largă acţiune de vaccinare a tuturor copiilor cu IDR negativă, de la vîrsta de 1 pînă la 6 ani. În cursul anului 1974 s-a desfăşurat în continuare vaccinarea tuturor copiilor de la 6 la 14 ani.

Această acţiune însumează aproape 2 milioane de testări tuberculinice şi peste 1,6 milioane vaccinări şi revaccinări (în afară de vaccinarea nou-născuţilor). Pentru 1974 s-a avut în vedere un volum asemănător de testări şi vaccinări.

În judeţele în care vaccinările BCG s-au aplicat mai devreme s-au putut urmări şi *rezultatele* imediate. Acestea au arătat o scădere evidentă a proporţiei de îmbolnăviri şi o reducere aproape totală a formelor grave din prima copilărie. Obţinerea în continuare a unor rezultate şi mai bune, depinde în mare măsură de *concursul conştient al întregii populaţii*, de modul cum ea va răspunde, spre propriul ei interes, la chemările organelor sanitare.

Chimioterapia antituberculoasă

A doua măsură de bază în lupta contra tuberculozei, de o eficacitate cel puţin la fel de ridicată ca şi a vaccinării BCG, o constituie terapia largă cu antibiotice şi chimioterapice, care au proprietatea de a distruge bacilii tuberculozei în însuşi sediul lor din leziunile tuberculoase. Din 1945, cînd s-a descoperit şi aplicat pentru prima oară *streptomicina*, (A. Wacsman) salvîndu-se de la moarte mai multe cazuri cu meningită tuberculoasă, şi pînă în prezent, medicamentele antituberculoase şi aplicarea lor s-au perfecţionat fără întrerupere.

În momentul de faţă avem la dispoziţie formule de tratament de mare eficacitate, care pot fi aplicate cu succes în orice

formă de tuberculoză, atît în spital cît şi la domiciliu sau ambulator, la sediul dispensarului de tuberculoză sau de circumscripţie. Ele se bazează mai ales pe *izoniazidă* (INH) sau *hidrazida acidului izonicotinic*, în asociaţie cu *streptomicina* sau mai recent cu *rifampicină* sau cu *ethambutol*, în dozele stabilite de medicul curant. Mai sînt şi alte tuberculostatice cu eficacitate mai redusă, dar care pot fi folosite la nevoie *(etionamida* sau *nizotinul*, *ciclooserina*, *PAS*-ul ş.a.).

La bolnavii nou descoperiţi, un tratament corect cu tuberculostatice este capabil să ducă la distrugerea bacililor şi la dispariţia lor din spută în 45—60 de zile. După alte 2—3 luni bolnavii sînt complet restabiliţi şi pot să-şi reia activitatea.

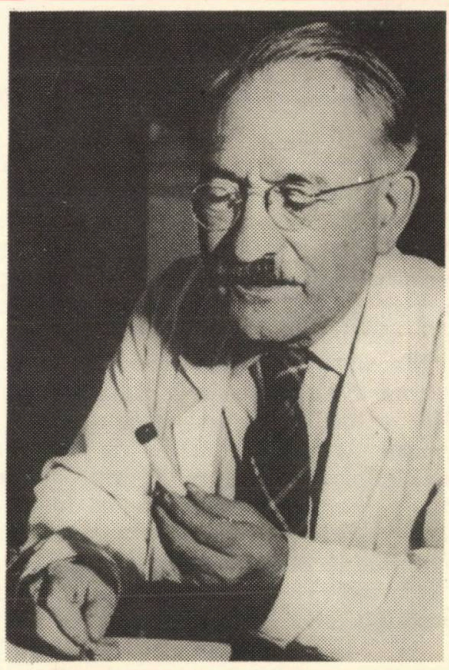
Rapiditatea vindecării depinde şi de stadiul în care a fost descoperită boala. Pentru depistarea acesteia în stadii cît mai precoce, se folosesc astăzi mai multe metode. La noi se practică în special examinările *radiofotografice* («Micro») în masă, la întreaga populaţie, o dată la doi ani şi sînt în curs de a fi introduse examinările pe «grupe cu risc crescut» de îmbolnăvire, de două ori pe an. Ele dau posibilitatea ca tuberculoza să fie descoperită înainte de a da orice simptom şi de a-l face pe bolnav să vină singur la medic. O mare parte din cazuri se descoperă şi prin examinările curente, cerute de bolnavi pentru diverse acuze. În toate cazurile confirmarea bolii se face prin examenul bacteriologic al sputei

Reuşita acţiunilor de depistare a bolii, ca şi în cazul vaccinării BCG, depinde de modul în care populaţia colaborează în vederea apărării sănătăţii ei, cu reţeaua sanitară, respectiv cu dispensarul TBC şi cu centrele RF. Numai mobilizările şi examinările apropiate de 100% garantează *descoperirea tuturor cazurilor de boală* într-o fază în care se pot trata mai repede şi mai eficace.

Luarea în tratament, şi mai ales asigurarea unor tratamente corecte, pe o durată de cel puţin 6 luni, esenţiale pentru obţinerea unui rezultat bun, depinde şi ea de înţelegerea şi cooperarea bolnavilor. S-ar părea că este de la sine înţeles ca un bolnav să-şi dea seama că trebuie să urmeze, după sfatul medicului, un tratament menit să-i redea sănătatea. Şi totuşi, în practică sînt încă foarte numeroşi bolnavii care încep tratamentul prescris şi din momentul în care au ieşit din spital şi se simt bine, îl abandonează şi nu se mai interesează de el.

Formula recent introdusă de aplicare *intermitentă* şi *strict supravegheată* a medicamentelor, adică de administrare a lor de 2 ori pe săptămînă de către însuşi personalul medical, creează condiţii de aplicare mai corectă a tratamentelor în peste 90% din cazuri. Şi în acest caz colaborarea bolnavilor, şi în general a populaţiei capabile a-i influenţa pe bolnavi în comportarea lor, este absolut indispensabilă.

Acelaşi lucru este valabil şi pentru tratamentul bolnavilor cronici, cu bacili rezistenţi la izoniazidă şi la alte tubercu-



A. WACSMAN

lostatice obişnuite. Ei se pot trata în prezent în mod eficace cu rifampicină şi etambutol de două ori pe săptămînă, strict supravegheat, cu condiţia să vină regulat la dispensar şi pe durata de timp prescrisă, pentru a-şi primi medicaţia.

În anul 1973, pe baza unor experimente pozitive efectuate de Institutul de Ftiziologie, s-a trecut şi la noi în ţară, în multe privinţe, înaintea altor ţări, la aplicarea largă a unor asemenea tratamente. Într-o primă etapă ele au fost efectuate în teritoriul experimental Ilfov-Bucureşti, alegîndu-se formula cea mai potrivită. Rezultatele favorabile obţinute au făcut posibilă *generalizarea* metodei într-un număr mai mare de judeţe şi, pînă la urmă, în toate judeţele ţării. În anul 1974 această acţiune este în plină desfăşurare. Ea are scopul pe de o parte să vindece bolnavii respectivi şi să-i redea societăţii, pe de altă parte să lichideze toate focarele recente sau cronice de răspîndire a noilor infecţii la copii şi tineret.

Rezultate şi sarcini noi

Graţie măsurilor de luptă aplicate cu perseverenţă de mai mulţi ani, în condiţii care nu au putut fi realizate decît de un stat socialist şi de o conducere direct interesată de sănătatea populaţiei, tuberculoza în ţara noastră a scăzut şi s-a ameliorat considerabil.

Mortalitatea prin tuberculoză, care atingea imediat după ultimul război mondial 200 la 100 000 de locuitori, a ajuns în prezent la 10 la 100 000 de locuitori, deci de 20 de ori mai puţin. Morbiditatea sau proporţia cazurilor noi de tuberculoză a scăzut şi ea în acest interval de la mai mult de 800 la 100 000 de locuitori la 137 la 100 000 de locuitori. Scăderile s-au produs la toate vîrstele, îndeosebi la copii.

În ciuda acestor rezultate indiscutabile, endemia tuberculozei din ţara noastră se află însă înaintea celei din majoritatea ţărilor europene. Îmbolnăvirile la copilul mic înregistrează încă proporţii mai mari decît în ţările din jur. De aceea nu ne putem declara mulţumiţi cu rezultatele de pînă acum şi trebuie să continuăm lupta cu maximă intensitate.

Tuberculoza fiind o boală cu răspîndire *în massă*, necesită aplicarea unor metode de *luptă de massă*. Am arătat care sînt aceste metode. La rîndul lor pentru a fi şi mai larg şi mai corect aplicate decît pînă acum, aceste metode cer o participare şi mai largă şi mai activă a întregii populaţii, în scop de a asigura ca nici un bolnav sau sănătos, care necesită o măsură de tratament sau de profilaxie antituberculoasă, să nu rămînă în afara aplicării lor.

Anul 1973 a însemnat un pas mare înainte în punerea la punct şi experimentarea cu succes a celor două metode principale de luptă — *vaccinarea BCG* şi *chimioterapia* cu tuberculostatice. Avem convingerea că anii următori — cu concursul maselor largi de populaţie — vor însemna paşi decisivi în aplicarea cu succes a acestor metode pe tot întinsul ţării şi în îngrădirea şi lichidarea, în timpul cel mai scurt, a unei boli care a adus şi aduce încă mari prejudicii sănătăţii oamenilor şi economiei ţării noastre.

Prof. C. ANASTASATU
Directorul Institutului de Ftiziologie

o inimă sănătoasă

PRIN VIAȚĂ RAȚIONALĂ

Prin gravele complicații vasculare la creier și inimă, ateroscleroza constituie în prezent principala cauză de mortalitate în lume, ucigînd sau invalidînd în fiecare an mai multe persoane decît cancerul, infecțiile și accidentele rutiere la un loc. Prejudiciile apar și mai evident dacă ne gîndim că această suferință atinge predilect vîrstele deplinei maturități creatoare și profesionale. Resemnarea în fața bolilor cardio-vasculare trebuie energic combătută, înlocuind-o cu măsurile de prevenire, perfect posibile, prin raționalizarea modului actual de viață.

În centrul atenției generale se situează, în prezent, cardiopatia ischemică (gr. *ischeim* = a suprima, *haim* = sînge), un adevărat flagel al sec. XX, constînd dintr-o îngustare a arterelor coronare care irigă inima, cu scăderea circulației în mușchiul cardiac. Apariția bruscă a unui cheag care astupă un vas coronarian produce infarctul miocardic, manifestat printr-o durere violentă, prelungită, în mijlocul pieptului, iradiată spre gît și brațe.

Apariția sa neașteptată, în plină sănătate, la serviciu sau în somn, un adevărat trăsnet din senin, este de fapt consecința unui îndelungat proces arteriosclerotic, al cărui început trebuie căutat chiar înaintea vîrstei de 30 de ani. S-au descoperit o serie de factori favorizanți, care însoțind cu mare frecvență cardiopatia ischemică, predispun la contractarea ei. Au fost denumiți factori de «risc». Corectarea lor, care trebuie făcută foarte devreme, constituie calea cea mai sigură de prevenire a redutabilei afecțiuni.

HIPERCOLESTEROLEMIA: depășirea nivelului normal al colesterinei în sînge, înregistrează valori peste 3 g‰. Este un prim indiciu al arteriosclerozei, care constă dintr-o infiltrație cu grăsimi și, în special cu colesterină, a peretelui arterial. Dar nu toate grăsimile predispun la arterioscleroză. Dimpotrivă cele alcătuite din acizi grași, nesaturați, cum sînt uleiurile vegetale (floarea soarelui, dovleac, soia, porumb), exercită o acțiune protectivă.

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ: depășirea valorilor tensionale normale 15/9 cmHg, predispune la scleroza vaselor prin contractarea lor. Adesea transmisă ereditar, tendința spre hipertensiune poate fi surprinsă la o vîrstă foarte tînără, mai ales la cei supuși unor încordări emoționale.

Restrîngerea sării în alimentație și modificarea, prin educație, a personalității reactive, sînt primele măsuri ce se impun, completate la nevoie cu medicamente ca: Hiposerpil, Hipazin.

FUMATUL: are proasta reputație de toxic arterial. O singură țigaretă este de ajuns ca să crească ușor tensiunea arterială, să accelereze cu cîteva bătăi pulsul, să micșoreze circulația în arterele coronare ale inimii.

«Piciorul de fumător» cu senzația de rece și amorțit este altă expresie a nocivității nicotinei asupra arterelor. Pe drept cuvînt arterita membrelor inferioare a fost apreciată ca «boala fumului de tutun».

OBEZITATEA poate fi suspectată la depășirea greutății ideale, care trebuie să fie oarecum egală cu numărul de centimetri deasupra unui metru din talie (de exemplu, la 1,70 cm — 70 kg). Mai important decît aspectul inestetic este predispoziția crescută a obezului la diabet, artroze, gută, arterioscleroză, litiază biliară (piatră la ficat).

Frecvența depășirii ponderale are o explicație simplă. Pe măsura înaintării în vîrstă efortul fizic tinde să scadă, în timp ce alimen-

tația se menține sau devine și mai bună. Obezul devine o victimă a apetitului său. Alimentele care plac în mod deosebit își stabilesc o solidă amprentă psihică și se ajunge cu timpul la o hrănire sub impulsul poftei și nu al nevoilor nutritive.

SEDENTARISMUL apare ca o caracteristică a vieții moderne, în care mijloacele de transport, la îndemîna oricui, reduc la minimum efortul fizic. S-a remarcat că mulți depun mai mult efort fizic în zilele libere, prin plimbări sau activități gospodărești, decît în orele de birou. Afirmația că activitatea fizică este indispensabilă sănătății se bazează pe numeroase observații și cercetări. Anchetele întreprinse în multe țări au evidențiat relația strînsă dintre lipsa de mișcare și bolile arteriosclerotice ale inimii. Într-adevăr, exercițiul fizic activează circulația din interiorul inimii, scade colesterina și grăsimile. Șoferii autobuzelor londoneze fac mai des infarct decît taxatorii. Explicația? Lipsa de mișcare a celor dintîi, spre deosebire de colegii lor, care urcă și coboară scările imperialelor pentru a taxa călătorii.

Încordările nervoase, emoțiile prelungite exercită un efect nociv asupra inimii prin intermediul unor substanțe hormonale denumite **CATECHOLAMINE**. Acumulate în cord ele reduc fluxul sanguin local, pricinuiesc neregularități ale ritmului sau chiar oprirea cordului. Afirmația «mor de frică» nu este de loc lipsită de fond. În acest sens, amintim crizele de inimă ale unor suporteri ce urmăresc din tribună competiții «palpitante», infarctele frecvente la medicii care acordă asistență de urgență sau infarctele «aniversare», prilejuite de emoția unor evenimente deosebite.

DIABETUL, care înregistrează în zilele noastre o surprinzătoare creștere numerică, predispune în mod deosebit la infarctul miocardic. În sîngele diabeticului grăsimile sînt întotdeauna crescute. Tot mai dese observații arată că în alimentația omului modern excesul de grăsimi se asociază cu cel al hidraților de carbon (dulciuri, făinoase). Se pare că paralelismul dintre afectarea coronarelor (angină, infarcte) și consumul de zahăr este mai evident. Alimentația actuală se caracterizează printr-o rație calorică mult superioară nevoilor zilnice, prin mai multe grăsimi, dar mai ales prin tendința de a consuma hidrații de carbon ca zahăr și produse zaharoase: dulciuri, biscuiți, ciocolată, prăjituri etc. și mai puțin ca amidon (cartofi, fructe, zarzavaturi). Civilizația modernă a mers oarecum în pas cu această formă artificială de prezentare a produselor naturale care este zahărul. De la 1—2 kg anual pe cap de locuitor acum 50 de ani, consumul de zahăr ajunge la peste 40 kg în anii noștri.

COMBATEREA CARDIOPATIEI ISCHEMICE și în general a arteriosclerozei începe prin prevenirea ei. Să nu depășim caloriile cerute de munca noastră zilnică.

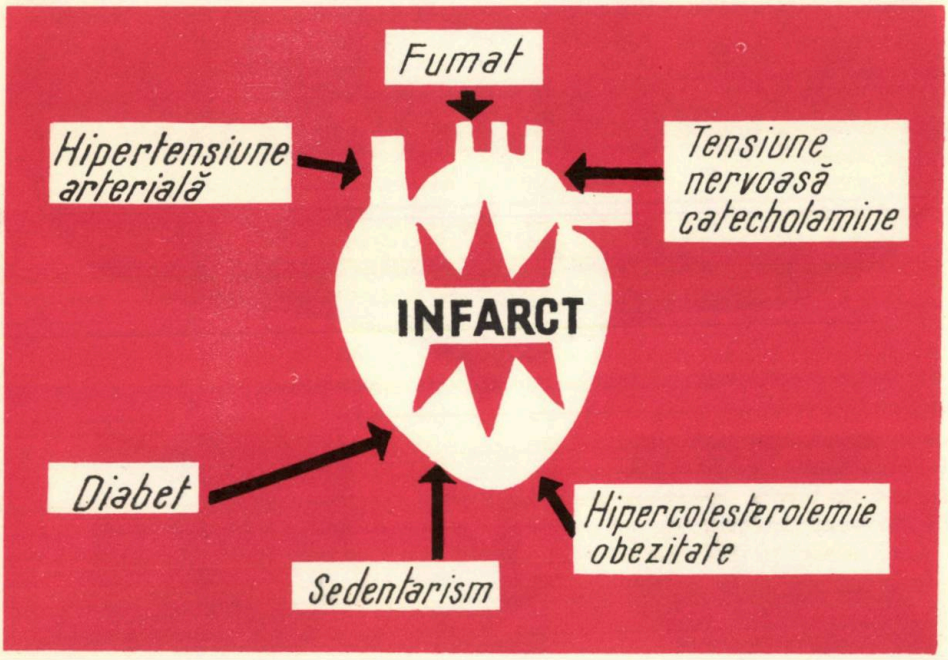
Sfatul de cumpătare de acum 2 000 de ani al părintelui medicinei moderne, Hipocrate, rămîne la fel de actual.

«Nu m-am ridicat niciodată sătul de la masă» mărturisise el celor care îi cereau taina sănătății sale, depline, la vîrsta de 120 de ani.

Să reducem consumul de grăsimi sub 50—60 g zilnic, evitînd carnea grasă, brînzeturile grase, excesul de unt, preferînd uleiurile vegetale a căror compoziție trebuie ferită de prăjirile prelungite, eventual folosite și crude (de exemplu în salate). Să rezistăm formei ispititoare sub care se prezintă zahărul, preferînd pe masa noastră alimente mai apropiate de forma lor naturală.

Mai multe fructe și zarzavaturi! Statistic, cîteva țigări pe zi n-ar fi periculoase, primejdia devenind posibilă de la 10 în sus, în 24 de ore.

O foarte eficientă măsură, nu numai de prevenire, dar și de tratare, o reprezintă activitatea fizică viguroasă. Efortul fizic amplifică irigația inimii, scade tensiunea arterială și colesterolul, arde grăsimile depuse. Prin ordonarea activității zilnice vom evita munca în asalt, programul prelungit, asigurînd perioadele necesare repausului. Timpul liber

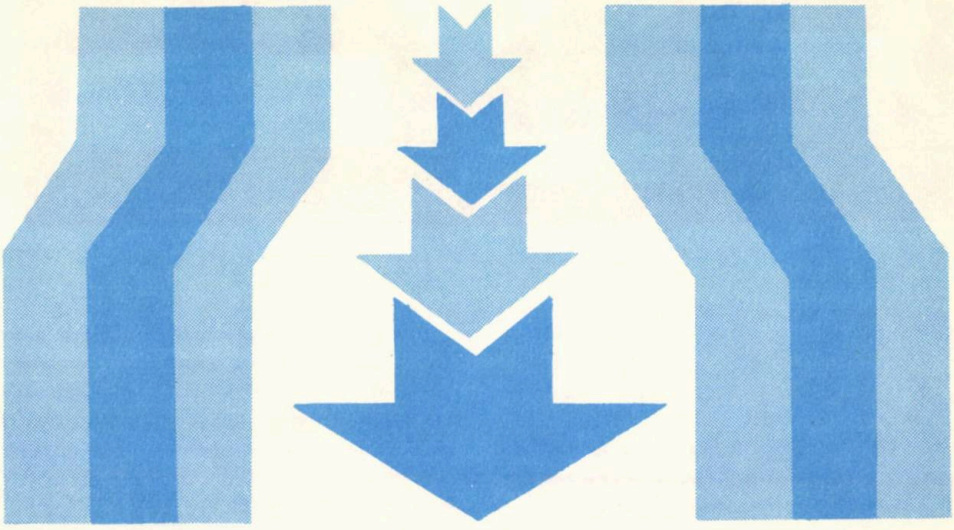


poate fi ușor transformat într-o odihnă activă, prin plimbări prelungite, gimnastică, tenis, înot, pescuit, grădinărit, drumeție la sfîrșit de săptămînă. Efectele acțiunilor fizice vor fi și mai bune dacă vor fi practicate în mediu natural, adăugîndu-se astfel acțiunea binefăcătoare a naturii prin aer, apă și soare.

În viața noastră plină de agitație și surmenaj, activitatea fizică exercită o influență favorabilă diminuînd senzația de oboseală și stimulînd funcțiile intelectuale datorită oxigenării ample a întregului nostru organism.

Dr. GHEORGHE STOICESCU

Cauzele hipertensiunii arteriale



Această temă se află încă în plină actualitate; aproape în toate publicațiile de cultură generală sau articole de specialitate apar informații statistice sau clinice în legătură cu hipertensiunea. Explicația acestor preocupări constă în faptul că cifrele epidemiologice arată că boala hipertensivă este în prezent inamicul numărul unu al sănătății; într-adevăr, mortalitatea cauzată de bolile cardiovasculare însumează aproape jumătate din totalul deceselor, situîndu-se în fruntea listei, înaintea celor generate de cancer, boli infecțioase sau accidente de circulație.

Această constatare grăitoare impune tuturor îndatorirea de a-și controla în mod periodic, starea sănătății generale și în special cardiovasculare. Dacă la acest examen se găsește la un copil sau un subiect în plină tinerețe (30—45 ani) o tensiune depășind cifra de 16 pentru cea sistolică (maximă) și 9 pentru cea diastolică (minimă) și dacă această creștere se menține la un control ulterior apropiat, este vorba de o boală hipertensivă pe care trebuie să o tratăm cu toată atenția. Hipertensiunea poate fi sistolică, diastolică sau mixtă, uneori cu o diferență mică la

cele două brațe, mai crescută sau mai scăzută în picioare decît culcat; toate acestea sînt importante și trebuie notate. O atenție specială se acordă eredității paterne sau materne a bolilor vasculare, obezității sau chiar unei greutăți corporale depășind normalul, diabetului sau prediabetului zaharat, precum și vîrstei la care a apărut pentru prima oară acest simptom important: hipertensiunea. Apariția ei în copilărie este de regulă urmarea unui defect organic înnăscut (malformație congenitală).

Hipertensiunea arterială juvenilă

Apare în tinerețe, înaintea vîrstei de 40 ani — este adeseori secundară, adică consecința unei alte boli (dar și o hipertensiune apărută mai tîrziu poate fi secundară). **Bolile de rinichi,** *în special glomerulonefrita acută sau cronică, uneori litiaza renală, pot produce și întreține o hipertensiune, care dispare o dată cu vindecarea bolii de bază; glomerulonefrita se vindecă prin regim alimentar și extirparea focarului infecțios amigdalian sau dentar, iar litiaza renală se rezolvă pe cale operatorie sau prin expulzarea, spontană sau prin manevre urologice, a calculului. Sînt cunoscute cazuri de* **strîmtorare sau îngustare a arterei aorte** *la cîțiva centimetri de la ieșirea ei din inimă. Această malformație cunoscută sub numele de* **coarctație aortică** *este cauza unei hipertensiuni localizate în jumătatea superioară a corpului (cea mai importantă, căci duce la modificări organice ale arterelor creierului, inimii și poate și a rinichilor). Ea apare la vîrstă tînără, chiar în copilărie, iar recunoașterea și operația plastică înlătură hipertensiunea, cu atît mai complet cu cît operația s-a practicat mai precoce.*

Uneori stenozarea se produce în artera renală, fapt care cauzează o irigare insuficientă a parenchimului renal și hipertensiune. **Stenoza arterei renale** *se întîlnește la vîrstele extreme, la tineri printr-o malformație, la bătrîni prin ateromatoză. Și această stenoză se poate opera prin plastie, cu condiția să nu se întîrzie pentru a evita lezarea ireversibilă a nefronilor (elementele esențiale ale rinichilor care asigură filtrarea și trecerea în urină a substanțelor nocive).*

Bolile capsulei suprarenale *pot fi însoțite de hipertensiune generată de hormonii secretați. Această glandă endocrină, — cîntărește numai cîteva grame — este un laborator minunat care fabrică o serie întreagă de substanțe indispensabile vieții. Dacă am vrea să construim o asemenea uzină de preparare a hormonilor suprarenali ne-ar trebui o clădire întinsă pe o suprafață de multe sute de metri pătrați și utilată cu o aparatură de mare precizie.*

Hipertensiunea esențială

În afară de acest gen de hipertensiune secundară se întîlnește frecvent **hipertensiunea esențială,** *care nu depinde de o boală a unui singur organ. Apare între 40 și 50 ani și cuprinde cele mai multe cazuri de hipertensiuni — cam 80%. Cauzele sînt multiple și insuficient cunoscute; uneori intervin factori ereditari, alteori factori nervoși (iritabilitate, reacții explozive), alimentari (exces de sare sau grăsimi), toxici (plumb, alcool, porfirină). Orice hipertensiune arterială impune o cercetare amănunțită, precum și anumite examene și analize obligatorii: examen de fund de ochi, radioscopie cardio-aorto-pulmonară, analiza de urină, creatinină sau ureea în sînge, glicemia, colesterol, lipide totale; dacă examenul clinic bănuiește existența unei boli endocrine, colagenoză sau arteriopatii, se vor efectua și alte examene și analize de specialitate.*

De ce trebuie tratată hipertensiunea arterială?

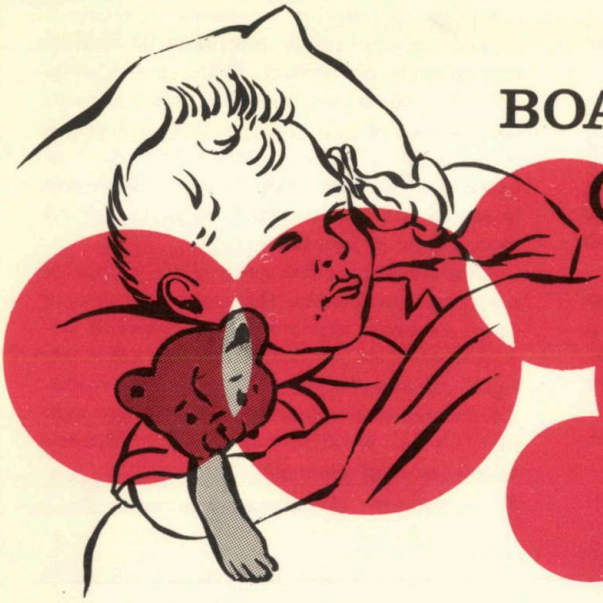
Statistici în diferite țări, care cuprind un număr mare de hipertensivi, sînt concordante în a conclude că această boală netratată determină complicații într-un procent de 2—3 ori mai mare decît în cazurile tratate. Acest fapt este explicabil, căci presiunea mărită a sîngelui traumatizează pereții arteriali, mai ales în zonele de bifurcație sau de cudură, producînd îngroșarea endoteliului (stratul intern al peretelui arterial) sclerozarea fibrelor elastice și altor formații, favorizînd astfel formarea plăcilor de aterom prin depunerea de lipide. Consecința acestor alterări este îngustarea lumenului vascular, irigarea insuficientă a țesuturilor și organelor, cu necroze și modificări care se pot vedea în vasele creierului, inimii, rinichiului, intestinului (infarctul cerebral, cardiac, mezenteric).

Care este și cum trebuie aplicat tratamentul de bază?

Tratamentul trebuie urmat serios și continuu sub controlul periodic al medicului. El constă într-un «regim» de comportare și un regim alimentar. Ambele au o însemnătate covîrșitoare pentru tratamentul bolii și evitarea complicațiilor. Este o greșeală să se creadă că medicamentele sînt hotărîtoare și că este suficient să înghiți cîteva pastile pe zi ca să poți trăi și mînca «după pofta inimii». În marea majoritate a cazurilor nevoia de medicamente antihipertensive denotă că pacientul nu a aplicat tratamentul de bază. Hipertensivul trebuie să ducă o viață liniștită, ordonată, fără nopți pierdute, fără excese sau emoții; toate devierele de la această regulă duc la agravarea bolii hipertensive și la organicizarea ei. Al doilea postulat este regimul alimentar care trebuie să fie fără exces de lichide în general și de băuturi alcoolice în special; acestea încarcă sistemul circulator, măresc munca inimii, iar alcoolul excită centrii vasomotori și alte structuri importante din creier; sarea de bucătărie ca și alte substanțe cu conținut de sodiu (ca bicarbonatul de sodiu) rețin lichidele în organism și măresc senzația de sete și nevoia unui plus de lichide (se permite în genere o cantitate de 3—5 g/zi, iar restul se înlocuiește cu sare dietetică). Grăsimile animale ca slănina, carnea grasă, untul trebuie suprimate căci sînt aterogene (favorizează formarea de aterom). Diabetul zaharat este și el aterogen și trebuie combătut energic prin regim, insulină sau eventual sulfamide antidiabetice. Obezii și supraponderalii trebuie să-și normalizeze greutatea corporală.

Acestea sînt principiile de bază, fără de care vindecarea bolii hipertensive este iluzorie. Numai în caz că aceste măsuri nu determină scăderea hipertensiunii se recurge la antihipertensive sau saluretice.

DR. GARUS



BOALA ALBASTRĂ
CIANOZA
semnul bolii albastre

Dr. DINU DRĂGHICI
medic primar cardiolog - ASCAR

Coloraţia albastră a pielii, cunoscută medical sub denumirea de cianoză, poate avea un caracter localizat sau o distribuţie generalizată. În formele generalizate cianoza mai este denumită şi «boala albastră». Boala albastră apare de obicei la copii mici, la naştere sau la scurt interval după naşterea copilului şi rareori apariţia sa este tardivă, legată de adolescenţă sau de viaţa adultă. Boala albastră recunoaşte în majoritatea cazurilor drept cauză prezenţa unei anomalii cardiace din naştere şi necesită o supraveghere medicală de strictă specialitate, o investigare specifică şi adeseori un tratament chirurgical al malformaţiei cardiace congenitale.

Cianoza este obişnuit mai marcată la nivelul buzelor, aripilor nazale, urechilor şi pometilor feţii şi trebuie detectată în primul rînd în aceste regiuni care devin palid-albastru colorate. Unii factori supraadăugaţi pot modifica sau influenţa gradul cianozei. Aceştia includ grosimea pielii (cianoza este uşor vizibilă la nivelul tegumentelor subţiri şi invers), cantitatea de pigment cutanat şi starea vaselor sanguine capilare subcutanate.

Mecanismul de producere a cianozei

Studii fundamentale au arătat că cianoza se datoreşte în majoritatea cazurilor creşterii cantităţii de hemoglobină redusă (neoxigenată) în sîngele din vasele capilare ale pielii.

Hemoglobina este un compus proteic complex, care formează cea mai mare parte, aproximativ 80% din greutatea uscată a globulului roşu. În sîngele uman hemoglobina constituie mijlocul indispensabil de fixare şi de transport al oxigenului. Hemoglobina circulantă se prezintă sub o formă combinată cu oxigenul (oxihemoglobina) şi sub o formă necombinată cu oxigenul (hemoglobina redusă). Capacitatea hemoglobinei sanguine de a fixa şi ceda oxigenul este reversibilă. Hemoglobina fixează oxigenul preluat la nivelul circulaţiei alveolo-pulmonare, vehiculîndu-l ca atare prin sistemul cardiovascular şi cedîndu-l parţial la nivelul circulaţiei capilare tisulare. Există în permanenţă un perfect echilibru între conţinutul în oxihemoglobină şi hemoglobina re-

dusă a sîngelui precapilar (arterial), a sîngelui capilar (tisular) și a sîngelui post-capilar (venos).

În mod normal există aproape 15 g de hemoglobină la 100 ml sînge. Cianoza apare atunci cînd o treime sau mai mult din această cantitate totală de hemoglobină rămîne necombinată cu oxigen la nivelul sîngelui din vasele capilare (5 g sau mai mult de hemoglobină redusă la 100 ml sînge).

Creșterea cantității de hemoglobină redusă în sîngele capilar si deci instaurarea sa cu oxigen, cu apariția consecutivă a cianozei, recunoaște patru mecanisme de producere posibile:

a) Oxigenare pulmonară insuficientă a sîngelui datorită unei boli pulmonare severe.

b) Dezoxigenare periferică tisulară crescută a sîngelui datorită stazei sau fluxului sanguin periferic mult încetinit prin insuficiența cardiacă sau insuficiența circulatorie periferică.

c) Prezența anormală a unui amestec al sîngelui venos (neoxigenat) cu sîngele arterial (oxigenat).

d) Prezența în sînge de hemoglobine patologice (methemoglobina, sulfhemoglobina etc.) incapabile să fixeze și să transporte oxigenul și care cresc astfel procentul sanguin de hemoglobină redusă (neoxigenată).

Distribuția generalizată a cianozei poate fi întîlnită mai frecvent în următoarele 3 grupe de boli: (1) Boli cardiace congenitale (cianoza de cauză circulatorie); (2) Boli pulmonare cronice și în special scleroemfizemul obstructiv generalizat și fibroza pulmonară (cianoza de cauză pulmonară); (3) Boli de sînge cu anomalii hemoglobinice — hemoglobinopatiile (cianoza de cauză hematogenă).

Cianoza de cauză circulatorie

Apare obișnuit la bolile cardiace congenitale în care există o anormală comunicare între cavitățile stîngi și cele drepte ale inimii sau între marile vase (artera pulmonară și aorta). Sînt cianozele cele mai frecvent întîlnite la copii mici și la tineri. În asemenea condiții sîngele venos care se întoarce neoxigenat la inimă, intră în cavitățile cardiace stîngi sau în circuitul arterial fără să mai treacă prin patul capilar pulmonar.

Aceste comunicări anormale reprezintă persistența unui stadiu embrionar de dezvoltare în viața post-natală. Cianoza este obișnuit intensă, se accentuează la plîns, alimentație sau exerciții și se însoțește de dificultate în respirație și de un aspect caracteristic al extremităților degetelor de la mînă: degete în forma bulbului de ceapă, cu patul unghial mult mărit și bombat.

Anomaliile cardiace congenitale cianotice pot fi corectate astăzi chirurgical. De aceea copiii cu boală albastră trebuie imediat trimiși în centrele specializate pentru a fi investigați cardiovascular și tratați chirurgical. Corectarea chirurgicală precoce înlătură definitiv cianoza și permite pacientului o dezvoltare și o viață normală.

Cianoza de cauză pulmonară

Poate apare în orice boală pulmonară acută sau cronică în care leziunile obstructive întinse afectează procesul de ventilație, distribuție și amestec al aerului la nivelul plămînilor. Disfuncția pulmonară cu aerare deficientă a sîngelui venos se însoțește de obicei de o cianoză moderată, de dificultate respiratorie și de semnele clinice pulmonare și radiologice ale bolii în cauză.

Cianoza de cauză sanguină

În împrejurările în care cianoza generalizată nu poate fi legată de o cauză circulatorie sau respiratorie evidentă, examinări spectroscopice și alte investigații ale sîngelui pot evidenția prezența unor hemoglobine circulante anormale ca methemoglobina, sulfhemoglobina și altele. Concentrația crescută a acestor hemoglobine nefuncționale (nu fixează oxigenul) explică prezența cianozei și este adeseori legată fie de un viciu enzimatic sau metabolic ereditar, fie, mai frecvent de utilizarea îndelungată a unor substanțe chimice sau medicamentoase (analgezice și antipiretice, sulfamide, nitriți, nitrați, derivați din anilină etc.). În cianozele sanguine dobîndite (medicamentoase) simpla înlăturare a substanței susceptibilă de a fi produs hemoglobina anormală are un efect terapeutic adeseori spectacular.

INTOXICAȚIA CU APĂ DE PUȚ

O boală caracteristică sugarului

Este cunoscută sensibilitatea deosebit de mare a sugarului la diferite agresiuni infecțioase sau toxice pe care le are uneori de înfruntat. O dovadă în plus o constituie o intoxicație caracteristică acestei vîrste: cea cu apă de puț.

Cărui factor se datorează această intoxicație? Se știe că apa, pentru a îndeplini condiția de a fi potabilă, trebuie să arate limpede, incoloră, fără miros și fără gust, să aibe un conținut cît mai redus în germeni microbieni (apreciat prin numărul de bacil coli), să fie lipsită de metale grele, de hidrogen sulfurat, de sulfuri și de nitriți. Unele puțuri, datorită infiltrărilor produse, conțin o apă poluată fie de germeni, fie de unele din substanțele chimice menționate. Prezența nitriților face ca această apă să fie vătămătoare pentru sugar, chiar dacă ea este fiartă, deoarece fierberea nu distruge nitriții. Din această cauză, intoxicația cu apă de puț se produce chiar dacă s-a respectat regula de a se fierbe bine apa administrată sugarului, sau dacă această apă este folosită pentru prepararea ceaiului, a mucilagiului de orez, a laptelui praf sau a supei de zarzavat.

Cum acționează nitriții asupra organismului? Mucoasa intestinală a sugarului are o permeabilitate cu atît mai mare, cu cît acesta este mai mic, permițînd absorbția nitriților și trecerea lor în sînge. Aici, nitriții reacționează cu hemoglobina, pigmentul din globulele roșii care transportă oxigenul în sînge. Hemoglobina este o cromoproteidă care conține în molecula ei un atom de fier bivalent (fier feros). Acesta are proprietatea de a se uni în mod reversibil cu oxigenul, rezultînd oxihemoglobina, care se găsește cu precădere în sîngele arterial, conferindu-i acestuia colorația roșu-deschis. Prin cedarea oxigenului către

țesuturi, oxihemoglobina se reduce, rezultînd hemoglobina ca atare, aptă de a fixa din nou oxigenul. Hemoglobina redusă se găsește mai ales în sîngele venos, căruia îi conferă o colorație purpuriu-închis. Contactul hemoglobinei cu nitriții pătrunși în sînge determină formarea unui compus denumit *methemoglobină*, în care fierul devine trivalent în mod ireversibil și nu mai poate fixa oxigenul ca să formeze oxihemoglobina. Organismul începe deci să sufere prin lipsa oxigenului.

Cum se manifestă intoxicația cu apă de puț? Cel mai important fenomen prin care se exteriorizează această intoxicație este colorația pe care o capătă pielea sugarului: ea devine albăstruie (cianotică) cu o tentă plumburie, datorită prezenței methemoglobinei în sîngele capilar. Trebuie însă să menționăm că există numeroase boli la sugar în care se observă colorația cianotică; unele boli cardiace care datează de la naștere (cardiopatiile congenitale cianogene), bronhopneumonia, stările de sufocație, insuficiența cardio-circulatorie, hemoragia cerebro-meningiană etc.

Spre deosebire de toate acestea, în intoxicația cu apă de puț nu există tulburări din partea aparatului respirator sau a inimii. Totuși, în intoxicațiile mai grave, starea sugarului devine alterată. Un aspect caracteristic îl are sîngele recoltat pentru analize sau cu ocazia începerii tratamentului: el este brun-șocolatiu, datorită conținutului în methemoglobină.

Ce tratament se face în această intoxicație? Tratamentul îl efectuează obligatoriu un medic sau un cadru sanitar bine calificat, care trebuie să stabilească mai întîi dacă este într-adevăr o intoxicație cu apă de puț și nu vreo altă boală care poate să dea cianoză. Apoi se începe de urgență tratamentul, care în formele mai ușoare constă în administrarea intravenoasă a două fiole de vitamina C, repetate încă o dată — de două ori în cursul zilei. Vitamina C acționează ca o substanță reductoare a methemoglobinei; în prezența ei, fierul trivalent din methemoglobină devine din nou bivalent, putînd să-și îndeplinească funcția normală, de transport al oxigenului. În cazurile grave se introduce, tot intravenos, o soluție sterilă de albastru de metilen 1% în doză de 1 mg de substanță pe kilocorp, care acționează tot ca substanță reductoare. Rezultatul favorabil al tratamentului se evidențiază prin dispariția cianozei în cîteva ore.

Profilaxia bolii constă, evident, în a evita folosirea apei de la care s-a produs o dată intoxicația.

VL. M.

O dată cu depășirea vîrstei de 40—45 de ani, teama de colesterol sau colesterină, cum i se mai spune, începe să devină de obicei pentru mulți dintre oameni o deosebită preocupare. Motivele nu sînt nejustificate, dacă avem în vedere că excesului de colesterol i s-a atribuit cauza a numeroase tulburări, printre care și ateroscleroza, cu întreg cortegiul ei de consecințe (hipertensiune arterială, insuficiență coronariană, infarct miocardic etc.).

S-a considerat de către unii cercetători că doar creșterea cantității de colesterol în sînge peste limitele fiziologice, dacă aceasta se produce timp mai îndelungat, ar fi suficient pentru ca surplusul de colesterol să determine depozitarea lui în pereții arteriali sub formă de plăci ateromatoase. Părerile altor oameni de știință sînt însă controversate, în sensul că deși se admite că colesterolul contribuie la geneza aterosclerozei, acțiunea de formare a ateroamelor nu este posibilă decît numai în cazurile în care ar exista leziuni preexistente ale pereților arteriali, colesterolul depunîndu-se în vase doar la nivelul acestor leziuni.

Să vedem însă ce este colesterolul, ce rol are în organism, dacă și cum trebuie să ne ferim de creșterea acestei substanțe în sînge peste cifrele fiziologice?! Colesterolul este o substanță care, în mare parte, e sintetizată în organism, în special de către ficat, dar care este introdusă și din afară prin alimente. Este de presupus că dereglarea echilibrului colesterolului în organism s-ar produce, în multe cazuri, din cauza disfuncțiilor ficatului și ale tiroidei, precum și de pe urma unor carențe de vitamine, mai ales a celor din seria B și a vitaminei E. În limite fiziologice — atunci cînd nu depășește 1,50 g — 2,40 g/litru de sînge — colesterolul îndeplinește un rol esențial în alcătuirea structurală a membranelor celulare, în special a țesuturilor din creier, ficat și nervi, precum și în sinteza secrețiilor hormonale.

Cu cît se consumă cantități mai mari de grăsimi saturate (grăsimi animale) sau alte alimente cu conținut ridicat în colesterol, cu atît cantitatea acestei substanțe crește în sînge și cu atît crește și riscul difuzării ei în organe și implicit a depozitării în pereții vasculari. Constatarea cu ocazia examenelor de laborator a unor depășiri ușoare peste cifra de 2,40 g‰ a colesterolului în sînge nu trebuie să constituie motive de panică, dar e bine să echivaleze cu un așa-zis clopoțel de avertizare pentru urmărirea în continuare a evoluției procentelor de colesterol și reducerea din alimentație a alimentelor hipercolesterolemiante. Cifrele care depășesc 3 g de colesterol la mie, impun luarea de măsuri terapeutice mai severe, în special dietetice și medicamentoase.

Avînd în vedere, pe de o parte, că colesterolul în exces s-ar depune în pereții arteriali chiar numai în prezența unor leziuni ale acestor vase, deși aceste afirmații științifice nu sînt încă pe deplin dovedite și ținînd seama că asemenea leziuni nu pot fi totdeauna decelate, iar pe de altă parte ținînd seama de selectivitatea depunerii în general a surplusului de colesterol în tunicile arte-

riale, este de apreciat că lupta împotriva colesterolului trebuie să constituie o preocupare permanentă în scopul menținerii sănătății. În sprijinul necesității acestei lupte profilactice merită a fi menționate o serie de cercetări de dată mai recentă ale școlii medicale românești din Cluj, exprimate printr-o ipoteză originală (a «colesterolului difuzibil»), prin care se pare că s-a dovedit și practic rolul de necontestat al colesterolului în asociație — evident — și cu alte mecanisme patogene, în geneza aterosclerozei.

Lupta împotriva colesterolului în exces trebuie, așadar, să devină reală atît din punct de vedere profilactic cît și curativ. Acțiunea anticolesterolemiantă e bine să fie aplicată cît mai de timpuriu. Prin aceasta nu trebuie însă să se înțeleagă că tinerii sînt obligați să se abțină de la consumarea alimentelor cu conținut bogat în colesterină, cu atît mai mult cu cît majoritatea acestor produse au însușiri gastronomice dintre cele mai tentante. Ceea ce trebuie însă să se înțeleagă este că chiar și oamenii complet sănătoși, indiferent de vîrstă, e bine să nu abuzeze de asemenea alimente, în dauna celorlalte, mai ales a legumelor, zarzavaturilor și a fructelor. Cît privește pe oamenii trecuți de 40—50 de ani, aceștia trebuie să-și impună o disciplină alimentară și mai atentă în legătură cu introducerea în hrană a alimentelor bogate în colesterină. Cînd sînt indici de hipercolesterolemie sau de manifestări aterosclerotice, excluderea totală din alimentație a produselor cu procent ridicat de colesterină e obligatorie.

Iată și o serie de alimente cu conținut bogat în colesterină: carne de miel, de porc, de vițel, de păsări tinere, de pește gras, grăsimi animale de orice fel (slănină, unt, smîntînă, frișcă), organe (momițe, creier, ficat, rinichi, splină, măduvioare, uger); icre, ouă; lapte nedegresat, brînzeturi fermentate, înghețată; mezeluri, afumături, conserve de carne și de pește; nuci, alune, migdale; produse de patiserie.

Regimul alimentar hipocolesterolemiant este necesar să se axeze mai ales pe fructe, zarzavaturi, legume, carne slabă de vită și de păsări adulte, pește slab, brînzeturi proaspete (brînză dietetică de vaci, caș, urdă) lapte degresat, iaurt din lapte degresat, pîine neagră, intermediară sau de graham, ulei de porumb. După unele cercetări, se pare că ceaiul obișnuit ar avea de asemenea un rol hipocolesterolemiant, ca și unele specialități farmaceutice, cum sînt Clofibrat, Vitamina B_6, Asclerol, Heparina etc. În același scop nu sînt de neglijat nici exercițiile fizice, plimbările pe jos, practicarea sporturilor, evitarea surmenajului și a supraîncordărilor nervoase.

Dr. I. LEONESCU

CREȘTEREA GREUTĂȚII CORPORALE ESTE DUȘMANUL SĂNĂTĂȚII

Creșterea greutății corporale peste normal are loc în paralel cu aceea a grăsimilor. Aceasta se formează prin sinteza unor substanțe organice *(lipogeneza)* și se încorporează în celulele speciale (adipocite) foarte numeroase, socotite la cîteva zeci de miliarde, din care pot ieși, descompunîndu-se în părțile componente *(lipoliza)*. Țesutul adipos nu este o masă inertă, o rezervă pentru cazuri de denutriție sau de boală, ci este o uzină metabolică activă, cu schimburi continue și cu fermenți care reglează aportul și consumul grăsimilor.

Care este greutatea «normală» sau «ideală»?

Formula cea mai simplă și cunoscută utilizează un singur parametru, anume înălțimea; aceasta, exprimată în centimetri, scăzut 100, reprezintă greutatea ideală. Dar sînt și alți parametri care intervin și anume: vîrsta, sexul, grosimea oaselor etc.

După datele noi admise de specialiștii în boli de nutriție și adoptate de societățile de asigurare — bazate pe statistici — greutatea ideală este mai mică decît a fost socotită în trecut și se calculează după formula:

$$P \text{ (greutatea)} = \text{Înălțimea în cm} - 100 - \left(\frac{\text{Înălțimea} - 150}{4}\right)$$

adică, pentru un bărbat de 170 cm ea este de 65 kg, iar pentru femei ceva mai puțin, 63 kg (acestea avînd oase mai subțiri). Orice creștere a greutății cu 10% peste această limită este considerată patologică. Vechea credință că o greutate sporită înseamnă o rezistență mai mare la infecții și mai ales la tuberculoză, este, în zilele noastre, depășită.

Cum se recunoaște excesul de greutate corporală?

Desigur că controlul cu ajutorul cîntarului reprezintă mijlocul cel mai simplu și mai uzitat. Dar sînt și unele semne clinice care traduc o îngrășare: circumferința abdomenului și a membrelor la rădăcina lor și grosimea pliului cutanat. Mai curios pare faptul că grăsimile din sînge (acizii grași, colesterolul, trigliceridele), ca și glicemia, pot rămîne la valori normale; destul de frecvent se constată însă o creștere a acidului uric în sînge.

Neplăcerile hiperponderalității

Hiperponderalitatea este grevată de o serie de complicații. Reumatismul degenerativ (artrozele) mai ales la genunchi și la coloana ver-

tebrală sînt provocate de greutatea sporită pe care trebuie să o suporte; excesul de grăsime împiedică mişcările diafragmului şi o oxigenare normală a ţesuturilor; cordul poate fi şi el jenat în funcţia de pompă; dilataţii varicoase ale venelor sînt frecvente, ca şi apariţia prematură a aterosclerozei.

Dar creşterea greutăţii corporale poate să depăşească 10% şi să ajungă la 30—40%, chiar mai mult ca în *obezitate*. Aceasta este o boală cu atît mai grea şi mai refractară la tratament cu cît apare mai precoce, în copilărie sau în prima tinereţe. Se admite că această varietate timpurie este condiţionată de creşterea numărului de celule grăsoase peste normal *(obezitate hiperplazică)*, spre deosebire de varietatea mai tardivă, în care adipocitele sînt în cantitate normală, dar mai încărcate cu grăsimi *(obezitate hipertrofică);* această obezitate este cauzată mai ales de excesul de alimente grele, din punct de vedere caloric, ca: zahărul, făinoasele, care se transformă mai uşor în grăsimi proprii decît grăsimile din alimente (o alimentaţie cu multe dulciuri, pîine şi paste făinoase, produce mai degrabă o creştere de greutate decît alimentele grase).

Se cunoaşte tipul de obez descris de scriitorul englez Dickens în «Aventurile lui Pickwick». Acest personaj corpolent, cu faţa rotundă roşie-violacee, ochii ascunşi între perne de grăsime, cu respiraţie grea şi zgomotoasă, este şi prototipul unei obezităţi cu insuficienţă cardiacă şi pulmonară, numită boala Pickwick.

Mai este cunoscut şi tipul de obezitate produs de hipersecreţia unor glande endocrine, ca hipofiza şi suprarenala, şi care este cunoscut sub numele de «boala Cushing».

Cauzele excesului ponderal

Nu sînt încă complet lămurite; este vorba de o hiperactivitate a glandelor suprarenale sau a hipofizei în toate cazurile? Sau de o secreţie insuficientă de tiroidă? Este un exces de insulină care fabrică grăsimi (favorizează lipogeneza) şi produce senzaţia de foame cu nevoia crescută de alimente?

Se pare că nici una din aceste teorii nu este total justă. Se admite azi că, cu excepţia formelor de obezitate înnăscută, în celelalte cazuri are loc o tulburare de comportament alimentar. S-a descris un centru nervos la baza creierului, care ar regla alimentaţia; cazurile de tumori care se găsesc localizate în aceşti centri (hipotalamus) sînt excepţionale. Mai probabil sînt tulburări funcţionale, obişnuinţă familiară sau personală, lipsa de disciplină alimentară.

Care este tratamentul hiperponderalităţii?

S-au preconizat unele produse medicamentoase, bazate pe asemănarea obezităţii cu alte boli; astfel hipotiroidia sau mixedemul este caracterizat printr-o infiltraţie subcutanată de substanţe organice, care însă nu sînt grăsimi; bazaţi pe această analogie aparentă s-a preconizat tratamentul cu tiroidă (tiroxină), care însă produce scăderi în greutate prin consumarea proteinelor şi mai puţin a grăsimilor şi mai poate determina în plus tulburări neuropsihice ca: insomnii, anxietate, palpitaţii, tremurături. Diureticele pot duce la slăbiri de cîteva kg, dar aceasta este datorită eliminării apei din ţesuturi; se produce în plus o eliminare a potasiului, element indispensabil pentru buna funcţionare a celulelor şi organelor. Medicamentele anorexigene au reputaţia de a potoli foamea, dar şi ele sînt excitante nervoase şi pot cauza hipertensiune în circulaţia pulmonară şi scleroza arterelor din acest sector, urmată de insuficienţă cardiacă.

Singurul tratament judicios, activ şi fără risc este regimul alimentar. El trebuie să fie sărac în calorii, pentru a forţa utilizarea grăsimilor din depozit şi anume: fără dulciuri, fructe uscate dulci sau grase, fără feculente sau în cantitate redusă şi cu grăsimi puţine sau uneori suprimate. Deci se vor consuma carnea la frigare sau rasol, legume verzi, salată cu untdelemn în cantitate mică sau cu oleu de parafină (care nu se resoarbe) şi oţet, lapte smîntînit sau iaurt (250—500 g), mere, pere, gutui. Cantitatea de alimente se determină individual şi se calculează în raport de calorii, al căror număr trebuie să fie inferior necesităţii fiziologice obişnuite.

Dr. G. RUSSO

Cum se calculează procentajul în REGIMURILE HIPOCALORICE

Pentru ca supraponderalitatea și mai ales obezitatea să cedeze, trebuie administrat în primul rînd un regim hipocaloric. Centrul de boli metabolice de la București recomandă obezilor un regim tip de 1 200 de calorii corespunzător la 80 de puncte (15 calorii=1 punct). Dar, pentru ca acesta să fie acceptat de cei interesați, regimul trebuie să fie variat și adaptat posibilităților și obiceiurilor alimentare ale bolnavului. Un regim hipocaloric poate aduce o creștere în greutate dacă este prost alcătuit; astfel dacă din cele 1 200 de calorii, 900 sînt date sub formă de glucide, bolnavul în loc să scadă în greutate, crește ponderal cu 50 g în fiecare zi. De aici, necesitatea diversificării pe baze științifice a regimului alimentar în obezitate. Inspirați de Tratatul de dietetică al prof. dr. I. Mincu, prezentăm un punctaj diferențiat al diverselor alimente, în funcție de procentul diverselor principii alimentare și de conținutul caloric global.

În acest calcul:

— 20 calorii provenite din proteine=1 punct

— 25 calorii provenite din lipide=1 punct, cu condiția ca acestea să fie prezentate ca atare (ulei, unt) sau în asociere cu proteine. Cînd lipidele se află în prezența unei cantități mai mari de glucide (fructe), atunci 1 punct=15 calorii.

— La fel variază și glucidele. Astfel, 10 calorii provenite din glucide=1 punct. Dar dacă ele sînt administrate împreună cu proteine sau lipide, atunci 15 calorii=1 punct.

Redăm în tabelul I punctajul respectiv pentru fiecare aliment aflat în tabelele uzuale:

TABELUL I

100 g substanță comestibilă conțin:	Proteine	Lipide	Glucide	Calorii	Puncte
Fructe					
Afine	0,6	0,6	15,1	61	4
Agrișe	0,8	0,5	8,5	35	2
Alune	12,7	60,9	18	671	29
Arahide	30,6	46,1	18,2	560	28
Banane	1,3	0,4	24,0	94	9
Caise	0,9	0,2	12,9	51	4
Castane	3,4	1,9	45,6	213	20
Căpșune	0,8	0,6	8,1	37	2
Cireșe	1,1	0,4	14,6	60	4
Coacăze	1,4	0,4	13,9	58	4
Coacăze de munte	0,7	0,1	12	45	3
Curmale uscate	2,2	0,6	75	284	30
Gutui	0,3	0	14,1	52	4
Lămîi	0,9	0,6	8,7	32	2
Mandarine	0,8	0,3	10,9	44	2
Mere	0,3	0,4	15,0	58	3
Migdale	18,6	54,1	19,6	596	28
Mure	1,2	1,1	11,9	56	2
Nuci	15,0	64,4	15,6	654	30
Pepene verde	0,5	0,2	6,9	28	1
Pepene galben	0,8	0,1	13,5	54	3
Pere	0,5	0,4	15,5	61	4
Piersici	0,8	0,2	11,8	47	2
Portocale	0,9	0,2	11,3	45	2
Prune	0,7	0,2	12,9	50	4
Smeură	1,1	0,6	14,4	66	4
Smochine uscate	3,1	0,2	73	270	30
Stafide	2,3	0,5	71,2	268	28
Struguri	0,8	0,4	16,7	68	5
Legume					
Andive și cicoare	1,7	0,2	4,1	20	0
Anghinare	3,0	0,2	11,8	51	2
Ardei iute	1,2	0,2	5,3	24	0
Bureți	2,3	0,35	3,4	22	0
Cartofi	2,0	0,1	19,1	85	4
Castraveți	0,8	0,1	3,0	13	0
Conopidă	2,4	0,2	4,9	25	0
Ceapă	1,4	0,2	9,0	40	0
Ciuperci	4	0,15	3,3	26	0
Fasole albă uscată	22,0	1,5	62,1	350	28
Fasole verde proaspătă	2,4	0,2	7,6	35	1
Gulii	3,1	0,4	5,4	30	0
Linte uscată	25,7	1,0	59,2	339	28
Mazăre proaspătă	6,7	0,4	1,0	90	5
Mazăre uscată	24,5	1,0	61,7	354	29
Mănătărci	4,6	0,4	4,6	34	1
Morcovi	1,1	1,0	9,1	40	2
Păpădie	2,7	0,3	8,8	44	2
Pătrunjel	3,7	0,2	9	50	2
Praz	2,4	0,7	6	33	0
Ridichi	1,1	1,0	4,2	20	0
Roșii	1,0	0,3	4,0	23	0
Rubarbă	0,5	0,1	3,8	16	0
Salată verde	1,3	0,3	2,8	15	0
Sfeclă	1,6	0,1	9,6	42	2
Spanac	2,2	0,3	3,9	22	0
Sparanghel	2,1	0,2	4,1	21	0
Țelină	1,7	0,3	9	46	2
Varză de Bruxelles	4,7	0,5	8,7	47	3
Varză	1,6	0,1	5,7	25	0
Varză murată	1,1	0,2	3,4	20	0
Pîine, făină, paste făinoase					
Arpacaș	9,0	1,4	76,5	346	33
Făină de grîu	6,3	1,1	79,7	354	33
Făină de orez	7,4	0,5	80	354	33
Făină de porumb	9,2	3,9	73,7	355	33
Fulgi de ovăz	13,0	7,5	67,8	385	34
Griș	8,3	1,2	78,0	356	33
Grîu complet	12,2	2,3	71,8	334	32
Grîu decorticat	10,8	1,1	75,5	370	32
Germeni de grîu	25,2	10,0	49,5	389	29
Orez fiert	2,2	0,1	25,5	100	8
Orez glasat	8,2	0,46	79,3	363	33
Paste făinoase	14,3	5,0	70,6	385	34
Paste fierte	2,5	0,2	14,2	69	8
Paste uscate	13	1,4	73,9	360	34
Pesmet	9,8	9,9	73,5	422	36
Pîine albă	8,5	2,0	52	260	23
Pîine graham	8,9	1,8	52,1	266	23
Pîine neagră	9,5	3,5	48,0	262	23
Pîine de secară	6,4	3,4	51,7	263	23
Zahăr și dulciuri					
Ciocolată amară	5,5	52,9	18	570	38
Ciocolată cu lapte	6,0	33,5	54	542	35

Dulceață	0,5	0,3	70,8	278	28
Glucoză	0	0	99,5	387	40
Miere	0,3	0	79,5	294	32
Zahăr	0	0	99,5	387	40

Grăsimi și ulei

Maioneză	1,5	78	3.0	720	29
Ulei de măsline	0	100	0	900	36
Unt	0,6	81	0,4	716	30
Untură	0	100	0	884	36
Untură de pește	0	100	0	902	36

Ouă și lactate

Ou integral (2 ouă)	12,8	11,5	0,7	158	6
Gălbenuș crud	16,3	31,9	0,7	355	14
Albuș crud	10,8	0	1	47	2
Un ou de mărime potrivită	6,9	6,2	0,4	85	3

Lapte și derivate

Brînză de vaci grasă	15	15	4	220	9
Brînză topită	28,6	31,3	2	404	17
Caşcaval uscat	36,3	27,4	2	400	17
Lapte praf (integral)	25,8	26,7	38,0	496	26
Lapte smîntînit	3,5	0,1	4.8	36	2
Lapte de vacă	3,30	4,01	4.94	65	3
Rocfort	21,7	33,2	1	390	16
Smîntînă	2,2	20,0	4	206	8

Carne

Curcan	20,1	20,2	0	268	11
Găină	21.6	2,7	0	116	5
Gîscă	16 4	31,5	0	349	14
Oaie, muschi po‹ c	18	17,5	0	235	9
Mușchi	18.1	14,9	0	224	8
Cotlet	14,6	32	0	350	14
Ficat	19,6	4,8	2	135	5
Inimă	16,9	4,8	0,4	119	4
Rinichi	16,3	4,6	0,8	118	4
Șuncă crudă	15,2	31	0	344	14
Șuncă afumată	16,9	35	0	388	14
Slănină sărată	3.9	85	0	781	31
Pui	20.0	11.0	0	185	8
Rață	16,0	28.6	0	321	13
Friptură	15,5	31	0	345	14
Carne din supă	20,3	9	0	167	7
Mușchi crud	16,9	21,0	0	222	10
Burtă	19,1	2.0	0	99	4
Creier	10,0	8.3	0,8	117	5
Limbă	16,4	15	0,4	207	8

Vițel

Vițel fript	32.2	11.3	0	239	10
Mușchi	19.2	11	0	181	9
Cotlet	19,5	9	0	174	7
Inimă	15,4	7,1	1	134	6
Creier	10,0	8,3	0	117	5
Ficat	19,0	4,9	4	141	7
Momițe	19,6	3,1	0	111	5
Rinichi	16,9	6,4	0	129	5

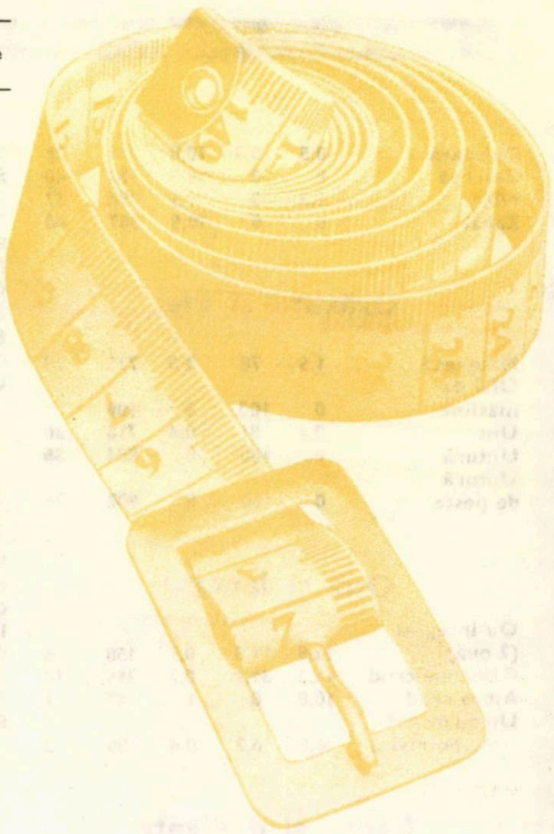
Mezeluri

Frankfurt	15,2	14,1	0	205	8
Leberwuşt	16,7	20,6	2	263	10
Salam	23,9	36,8	0	427	19
Tobă	14,8	34,6	0	374	15

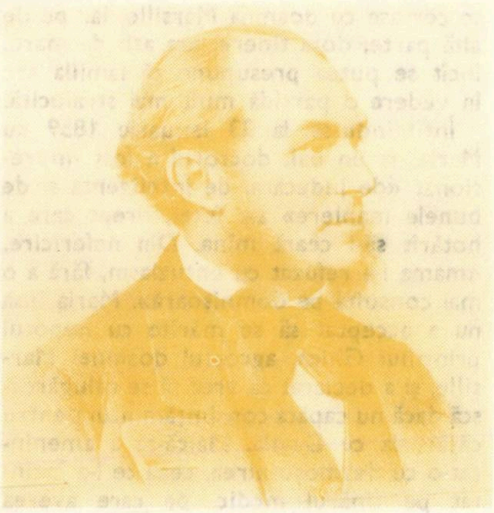
Pește

Batog proaspăt	16,5	0,4	0	70	3
Calcan	14,9	0.5	0	64	3
Crap	7,5	3,9	–	67	3
Hering	19,0	6.12	0	136	5
Păstrăv	19,2	2.1	0	96	4
Picioare de broască	16,4	0,3	0	68	3
Sardele în cutie	21,7	27	1	331	14
Scrumbie	1,87	12,0	0	188	4
Știucă	18,7	0,6	0	80	4
Ton în cutie	27,7	11,8	0	217	10
Țipar afumat	18,6	27,8	0	325	14

100 g substanță comestibilă conțin:	Proteine	Lipide	Glucide	Calorii	Puncte
Diverse					
Gelatină uscată	85,5	0,1	0	343	17
Drojdie de bere	46,1	1,6	0	348	9
Praf de cacao	9,0	18,8	31,0	329	17
Băuturi					
Bere 4% alcool	0,7	0	5,0	51	3
Țuică, 25°	—	0	—	175	13
Rom, 33°	0	0	0	230	15
Vin (în medie 8 %)	—	0	—	60	4



Un episod romantic din viața lui CAROL DAVILA



În primăvara lui 1853 sosea la București un tînăr francez, pe nume Charles Davila, pentru a lua în primire postul de medic șef al Spitalului ostășesc de la Mihai Vodă. Probabil că nu intenționa să zăbovească prea mult prin părțile acestea, ci, asemenea altor confrați din Occident care trecuseră cîndva pe la noi, considera șederea în Țara Românească mai mult ca pe un prilej de a-și spori experiența profesională, de a realiza o anumită agoniseală și de a lua contact cu pe atunci fabuloasa «lume a Răsăritului».

Lucrurile aveau să capete însă curînd o altă întorsătură. Davila s-a legat într-atît de oamenii și locurile de aici, încît a amînat mereu punerea în aplicare a hotărîrii de a se înapoia în Franța. Pînă la urmă a devenit cetățean român și chiar unul dintre luptătorii cei mai activi și mai dotați pentru progresul patriei lui adoptive. Prima sa mare înfăptuire a fost Școala națională de medicină și farmacie, care și-a deschis porțile în 1857, fiind imediat recunoscută de guvernele francez și italian.

În epoca în care milita pentru întemeierea și consolidarea acestei instituții, din care avea să rezulte, în 1869, Facultatea de medicină din București, Davila trecea printr-un șir de încercări personale, pe care ni le dezvăluie corespondența sa cu contesa Marie d'Agoult, personalitate de seamă a vieții culturale a Franței de la mijlocul secolului trecut, celebră mai ales prin scrierile ei beletristice și politice semnate cu pseudonimul Daniel Stern. Pînă nu de mult, erau cunoscute doar scrisorile literatei franceze către Carol Davila, scrisori tipărite de Elena Perticari, fiica acestuia. Dispunem actualmente de informații mult mai complete, căci în revista «Annales de Bretagne», istoricul literar Jacques Vier a publicat în 1953 articolul «*Un breton prin adopție, medic de seamă în România — doctorul Carlos Davila*»; articolul este însoțit de 21 de scrisori trimise de Davila, între 1852—

1859, doamnei d'Agoult, protectoarea sa din timpul studiilor medicale pe care le-a efectuat la Paris. În acea perioadă fusese vorba, de altminteri, ca tînărul medic să se căsătorească cu Blandine Liszt, fiica Mariei d'Agoult și a ilustrului muzician Franz Liszt. Deși contesa își dăduse asentimentul, acest proiect matrimonial nu s-a mai realizat.

La 2 februarie 1859, doamna d'Agoult îi scria lui Davila: «Primesc în această clipă telegrama ta. Îți trimit binecuvîntările mele și urările cele mai iubitoare, scumpul meu copil. Voi aștepta cu multă nerăbdare amănunte asupra circumstanțelor căsătoriei tale și asupra aceleia pe care ți-ai ales-o. Am cea mai mare încredere în alegerea ta. Nu mă îndoiesc că este asemenea ție, nobilă, delicată, dezinteresată și cuminte».

Iată-l deci pe Davila căsătorindu-se la București. Cine era aleasa lui? Tatăl fetei fusese medicul francez Alphonse Constant Marsille, venit în Țara Românească în jurul anului 1825. Aici a intrat în slujba statului și, deși la un moment dat i se pusese la îndoială titlul de doctor în medicină, a ajuns să dețină poziții destul de importante în ierarhia sanitară. În 1835 a luat în căsătorie pe fiica bogatului paharnic Colceag, iar peste cinci ani s-a împămîntenit. Doctorul Marsille a încetat din viață în 1853.

Peripețiile măritișului Mariei Marsille cu Carol Davila sînt pe larg relatate într-o scrisoare a acestuia, din 3 martie 1859, către doamna d'Agoult.

Tînărul medic începe prin a mărturisi că, multă vreme după instalarea sa la București, nu s-a gîndit la căsătorie, măcar că i se ofereau «partide» din cele mai îmbietoare. El însă trăia numai pentru școala pe care o înființase, aspirînd să înfăptuiască ceva durabil, pe care «să-l lase ca moștenire celor de după el». Prietenii îl preveniseră că există o tînără care avea pentru el o «trainică înclinare» această tînără fiind tocmai Maria Marsille, care îi fusese pacientă. Dar, la început, Davila nici nu a vrut să se gîndească la o asemenea căsătorie, întrucît pe de-o parte se certase cu doamna Marsille, iar pe de altă parte, dota tinerei era atît de mare, încît se putea presupune că familia are în vedere o partidă mult mai strălucită.

Întîlnindu-se la 23 ianuarie 1859 cu Maria, la un bal, doctorul a fost impresionat «de judecata, de inteligența și de bunele maniere» ale fetei, drept care a hotărît să-i ceară mîna. Din nefericire, «mama l-a refuzat cu entuziasm, fără a o mai consulta pe domnișoară». Maria însă nu a acceptat să se mărite cu nepotul prințului Ghica, agreatul doamnei Marsille, și a declarat că vrea să se călugărească dacă nu capătă consimțămîntul pentru căsătoria cu Davila. Maică-sa a amenințat-o cu dezmoștenirea, ceea ce l-a încîntat pe tînărul medic, pe care averea uriașă a fetei «îl apăsa». În asemenea condiții, el a devenit mai asiduu, vizitîndu-le adesea pe doamnele Marsille, care se retrăseseră, pe timpul verii, la o moșie de lîngă București.

Între timp, Maria s-a îmbolnăvit de reumatism articular, ceea ce i-a dat prilejul lui Davila, vreme de șase săptămîni, să o vadă de trei ori pe zi pe adorata sa pacientă. Numai că, la însănătoșirea fetei, doamna Marsille i-a trimis «medicului curant» cîțiva galbeni, interzicîndu-i totodată accesul în locuința sa. «De turbare, de furie, de insomnie, după o lună am căzut și eu la pat, — povestește Davila. — Doamna Marsille a fost, de data aceasta, impresionată. De trei ori pe zi îl trimitea pe administrator să se intereseze de mine. Neliniștită și dezolată, se informa despre mine peste tot, de la medicii care mă îngrijeau și de la persoanele care mă vizitau, mă compătimea, mă lăuda. Îndată ce m-am făcut sănătos m-am dus la ea ca să-i mulțumesc pentru atîtea dovezi de interes și de bunăvoință. Dar mi-a trimis vorbă prin servitor că nu mă va primi niciodată».

Exasperată, Maria Marsille a înaintat o întîmpinare către mitropolit, cerîndu-i să i se aprobe, fără consimțămîntul matern, căsătoria cu Davila. Ancheta sinodului s-a încheiat cu o concluzie favorabilă petiționarei.

Ziua nunții a fost fixată, dar în ajun o nouă scenă violentă a avut loc între mamă și fiică, Maria rămînînd leșinată timp de nouă ore. Doamna Cîmpineanu, o mătușă a fetei, a luat-o la ea acasă, unde pregătise rochia de mireasă, căci mama furioasă refuza să dea ceva din zestre. Ceremonia a fost celebrată de mitropolitul însuși. «Era pentru prima dată — precizează Davila — cînd o nuntă se făcea oficial fără voia mamei fetei».

Fericirea tinerilor soți nu a fost însă de lungă durată: în martie 1860, Maria Davila a încetat din viață.

Peste un an, Carol Davila s-a însurat cu Anica Racoviță, din familia Goleștilor, care dăduse mulți luptători pentru progresul social și cultural al României. Dar și căsnicia aceasta avea să se curme în chip tragic, peste 14 ani. După ce asistase la o lecție publică ținută de soțul său în amfiteatrul Spitalului Colțea, Anica Davila, care avea o migrenă, a cerut chinină. Din greșeală, farmacistul i-a dat o doză mortală de stricnină.

DR. G. BRĂTESCU

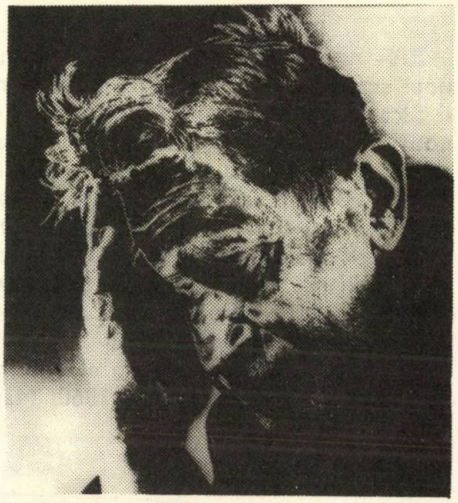
MEDICI

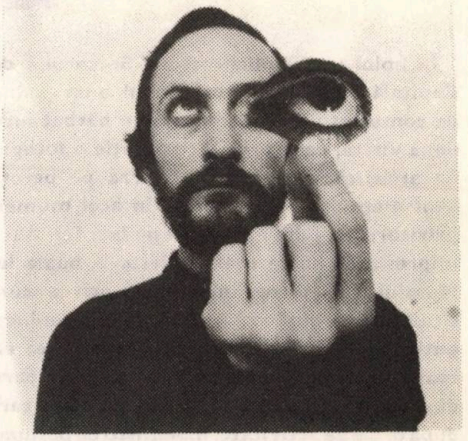
În holul unei Policlinici din Sectorul 8 din Capitală aștepta să-i vină rîndul la un cabinet de consultații de specialitate un bărbat între două vîrste, care privea cu atenție o fotografie artistică înrămată, ce atîrna pe perete. Sentimentul pe care-l trăia în acel moment privitorul se putea ușor citi pe fața lui. Aveai impresia că nu se mai gîndește la boala lui. Mesajul acelei fotografii pe care o privea acum, titlul și autorul său reușise parcă să însenineze puțin figura bolnavului. Fotografia aceea era realizată de un medic, de unul care face parte din acei mulți discipoli ai lui Esculap, care, după orele de activitate, îndemnați de pasiunea

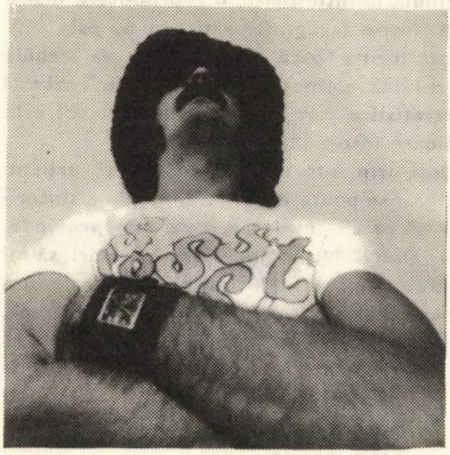
pentru frumos, pentru nou și originalitate, surprind pe peliculă obiective într-o lumină care-și găsește locul cu drept cuvînt în cadrul artei.

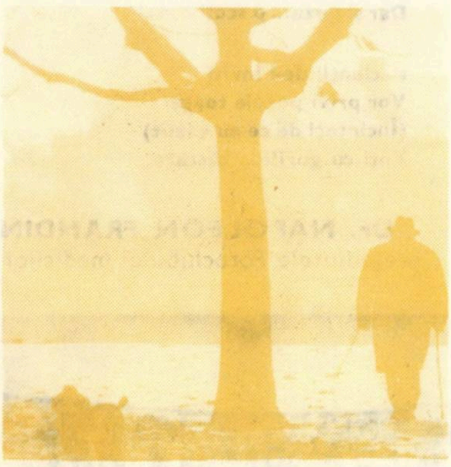
Fie că sînt în concediu, fie că fac o călătorie în străinătate, medicii fotografi amatori, atenți la ce este interesant de văzut, nu scapă din vedere ceea ce îi bucură pe ei și ar putea bucura și pe alții. Reîntorși acasă își developează și copiază filmele făcute cu multă pasiune, reținînd acele imagini pe care le consideră ieșite din comun. Diapozitivele color au făcut și fac obiectul unor frumoase reuniuni organizate de FOTOCLUBUL MEDICILOR în sala Clubului Sindicatelor Sanitare. Colecții importante din aceste diapozitive cu adaptare de text și muzică sînt prezentate de o serie de membri talentați ai fotoclubului medicilor. Prezența unui numeros public dornic de a vedea lucruri originale, în care cromatica lucrărilor se îmbină cu frumusețile locurilor prezentate sau a subiectelor variate, sînt o mărturie a interesului ce-l determină.

În lunga activitate de 18 ani a FOTOCLUBULUI MEDICILOR, membrii săi au participat la foarte numeroase expoziții și saloane internaționale din țară și din străinătate, obținînd diplome, distincții și premii. Au fost organizate 11 bienale internaționale de artă fotografică, la ultima participînd cu lucrări medici din 26 de țări din lumea întreagă. Prezenți cu publicații în diverse reviste în care se dezbat subiecte de artă și tehnică fotografică, mulți medici își desfășoară o activitate educativă nu numai în domeniul fotografiei artistice ci și în acel al fotografiei științifice medicale. Nu vom reda aici nominal activitatea atît de frumoasă ce s-a depus; ceea ce aș dori să prezint mai jos ar fi o discuție cu unul dintre membrii activi ai Fotoclubului medicilor, Dr. N. Banu — medic stomatolog — care a deschis cea de a 3-a expoziție personală de fotografii artistice în luna februarie 1974 la Galeria de artă a Asociației Artiștilor Fotografi din R.S.R. Tînăr, plin de modestie, alături de originalitatea cu care culege subiectele, a reușit să dea expoziției o ambianță compozițională plină de acuratețe și sobrietate, atrăgînd un numeros public ca să o vizioneze. Un număr de aproape 100 lucrări alb-negru, în cele mai largi posibilități de exprimare, pre-









zintă subiecte variate ca: reportaj, eseu și în special portret, expuse în mărimi neîntîlnite pînă acum în expozițiile personale ale artiștilor fotografi din țara noastră, unele ajungînd la 150 cm/100 cm.

Pentru a vă face o impresie asupra felului cum înțelege doctorul Nicolae Banu fotografia artistică, mi-am propus să-i solicit un interviu:

N. FRANDIN: Spune-mi, te rog, dragă Banule, dacă-ți reamintești cumva, cam de cînd ai început să-ți îndrepți atenția spre fotografie?

N. BANU: Fotografia nu constituie munca mea de bază, este pură pasiune și mă reclamă oricît de obosit aș fi sau preocupat de alte probleme. Din prima copilărie obișnuiam să mă exprim prin imagini, să traduc vizual aspecte din jurul meu, care impresionau sensibilitatea vîrstei. Încercam să desenez sau ciopleam în lemn și piatră. Eram urmărit de nevoia de a fixa o imagine pe care mi-o făurisem despre un lucru sau o văzusem aevea. Îmi amintesc cum pentru prima oară am reușit o fotografie; ea reprezenta o seară de iarnă cu chiciură și zăpadă înghețată la lumina felinarelor și o altă imagine, în care portretul cîinelui meu parcă vorbea. Pentru mine s-a deschis un nou orizont, pe care pînă azi nu l-am mai părăsit.

N. FRANDIN: Ce anume din multitudinea subiectelor te-a atras mai mult?

N. BANU: O scenă de stradă plină de inedit, o ființă cu expresie grăitoare, toate și toți constituie pentru mine îndemnuri pentru o imagine vizuală pe care s-o contemplu în continuare. Nu m-au tentat niciodată frumusețile ideale, gîndul și ochiul meu se îndreaptă într-acolo unde întîlnesc viața de toate zilele a celor mulți. Îmi plac oamenii aplecați pe unealta lor de muncă, cu fețele lor concentrate; munca lor, grijile și bucuriile lor mă atrag. Nu pot trece pe lîngă un om fără să-l plasez, imaginativ bineînțeles, o clipă, într-un cadru de viață și muncă. Este o deformație cu care pare că m-am născut, pentru că întotdeauna am gîndit și am reacționat la fel și poate tocmai această trăsătură a caracterului meu m-a apropiat de arta fotografiei. Îmi place în mod deosebit portretul.

N. FRANDIN: În afara subiectelor pe care le-ai întîlnit în cale sau le-ai descoperit, nu

crezi că imaginația de multe ori a luat-o înainte și a contribuit la reușita imaginii?

N. BANU: În fotografie ca în orice altă creație este indispensabilă imaginația. Imaginația îl ajută pe artistul fotograf să creeze ceva nou, să abordeze metode noi, să se lanseze în subiecte inedite, determinînd astfel un stil personal. În ceea ce mă privește, în fotografiile pe care le realizez sînt întotdeauna legat de elementul viață. De aceea mă simt atras de orice gen fotografic în care primează omul, expresia lui, gestica, îndeletnicirile și relațiile lui cu semenii.

N. FRANDIN: În reușita instantaneelor pe care le faci în fotografia de reportaj contribuie oarecum și posibilitățile de «braconaj» ale teleobiectivului?

N. BANU: Reportajul fotografic, acest «foto-vérité» pe care-l practic, îmi dă posibilitatea de a fotografia fără a fi văzut, folosind ca echipament teleobiectivul. Să stai ascuns și să poți privi cum merg, cum așteaptă, cum discută, cum mănîncă, cum se distrează, cum se amărăsc și cum se bucură oamenii, socot a fi un lucru foarte interesant, cu atît mai interesant cu cît reușești să transpui totul în imagini. Arta imaginativă a artistului constă în reușita de a fixa tocmai momentul sau gestul cel mai profund, mai reprezentativ, momentul de echilibru expresiv al subiectului. Niciodată nu mi se pare vreo fotografie lipsită de conținut și calitate emoțională pentru că instantaneele mele nu se opresc decît la subiecte care mi-au inspirat o emoție, un gînd sau interes estetic. Cînd fotografiez nu mă pot gîndi la impresia pe care o va produce fotografia și sînt preocupat strict de ceea ce văd, și-mi place mai bine zis ce mă interesează în acel moment la subiectul respectiv, fără nici o altă preocupare decît aceea de a prinde expresia pe viu. Sînt fatal subiectiv și nu-mi pot reține interesul pentru gestica și reacțiile umane, iar mediul înconjurător crează atmosfera adecvată subiectului.

N. FRANDIN: Aș dori să-mi spui ce părere ai asupra eseului fotografic și ce satisfacții artistice ți-au prilejuit?

N. BANU: Un alt gen pe care l-am abordat este eseul fotografic care dă posibilitate de modificare a fotografiei naturiste după dorința artistului fotograf, pentru a marca o însușire dorită subiectului; se recurge la exagerarea acelei însușiri, ajungînd la reprezentări abstracte ale vieții, ale lumii înconjurătoare. Bineînțeles, aici intervin mai mult ca oriunde posibilitățile de mînuire a proceselor fotografice printr-o bună stăpînire a tehnicii.

N. FRANDIN: Ai putea să enunți în general, definiția fotografiei artistice?

N. BANU: Fotografia artistică prin definiție nu poate fi o reprezentare fidelă a realității obținută la întîmplare, o reproducere mecanică. Într-o fotografie artistică nu este suficientă forma fizică a subiectului, ea trebuie să conțină elemente picturale sau realități portretistice care pot fi traduse vizual prin mijloace fotografice.

Deci prin intermediul fotografiei, artistul fotograf se poate exprima în deplină sinceritate și cu sentimentele cele mai profunde.

N. FRANDIN: În încheiere aș dori să-mi întăresc sincera admirație pentru reușita «operei» dumitale, adresîndu-ți două catrene, care se vor... epigramatice:

Fiindcă ești stomatolog
Am o vorbă pentru tine:
Scoți măselele ușor,
Dar și poza... o scoți bine!

Pacienții de-i inviți
Vor privi pozele toate
(Încîntați de ce-au văzut)
Toți cu gurile... căscate.

Dr. NAPOLEON FRANDIN
președintele Fotoclubului medicilor

DOI ROMÂNI
PRECURSORI AI GREFELOR

G. Assaky la un consult cu G. Marinescu, V. Babeș, N. Kalinderu, C. Buichiu și A. Șutzu (pictură de A. Monchablon)

Grefele (lat. *graphium*=stilet de scris), operații de refacere a unui țesut prin transplantarea unui fragment de țesut provenind de la același individ (g. *autoplastică*), de la un alt individ, dar din aceeași specie (g. *homoplastică*) sau de la o specie diferită (g. *heteroplastică*) au început să fie aplicate cu succes din a doua jumătate a secolului trecut. Printre primii chirurgi care le-au practicat se numără și doi români prof. *George Assaky* și *Ion Kiriac*.

Această îndrăzneață încercare premergătoare o aflăm din articolul «Greffes épithéliales de l'agneau à l'homme» semnat de «J. Kiriac, chirurgien-adjoint des hôpitaux de Bucarest», apărut în primul număr din iulie 1887 din *Archives Roumaines de médecine et de chirurgie*, imprimat în renumita editură medicală *Félix Alcan* din Paris.

După ce se amintește «excelentele rezultate date recent de tentativele de transplantare de diverse țesuturi, de la animal la om», printre care lucrările lui Peyrot «asupra grefei tendinoase», comunicate în 1886 la Societatea de chirurgie din Paris, sînt descrise două cazuri de grefe făcute la om, în serviciul clinicei chirurgicale de la spitalul Filantropia din București, de prof. Assaky, ultimul caz în colaborare cu I. Kiriac.

În primul caz se arată că, la 7 martie 1887, a intrat în clinică un muncitor a cărui gambă stîngă, tumefiată și străbătută de numeroase vene varicoase, prezenta un ulcer, de circa 4 cm, pe fața externă și altul pe fața posterioară, lung de 8 cm și lat de 7 cm.

Timp de zece zile, ulcerele au fost tratate cu «o soluție de sublimat 1/1 000», fără ca ele să cedeze și atunci, la 17 martie, prof. Assaky exciză de la un miel viu patru mici fragmente din marele epi-

ploon — o seroasă visceralĕ de origine peritoneală — pe care le aplică asupra ulcerului de pe fața posterioară. O altă grefă o aplică peste ulcerul de pe fața externă. Toate fragmentele le acoperi cu benzi înguste de «diachylum» iodoformat, peste care puse comprese de tifon fenicat, apoi o bucată de pînză impermeabilă și totul îl fixă cu ajutorul unei benzi de «tarlatan»[2] îmbibat cu sublimat.

După nouă zile, ulcerul de pe fața externă era complet epidermizat iar, după cîteva controale, la 19 aprilie, și celălalt ulcer era epidermizat, cu alte cuvinte pielea era refăcută.

Al doilea caz îl constituie un fermier, internat la 19 martie 1887 în clinica chirurgicală. Bolnavul prezenta pe obrazul drept o tumoare epitelială, cu o largă bază ce se întindea pînă la pleoapa inferioară.

La 22 martie, prof. Assaky procedează la ablația tumorii, în urma căreia rămîne o pierdere de înveliș cutanat, ce atingea marginea palpebrală.

Chiar în cursul operației, prof. Assaky detașă, din regiunea temporală vecină, un lambou de piele de dimensiune apropiată cu suprafața pierdută și o suprapuse, prin glisare, pe plagă, suturînd-o cu fire din tendoane de balenă și aplicînd un pansament antiseptic.

La un control făcut la 30 martie, se constată că plaga din regiunea temporală, de unde se luase lamboul autoplastic, secreta puțin puroi și pentru a se preveni un eventual ectropion — răsfrîngere în afară a marginei palpebrale — precum și o deformare a orificiului delimitat de pleoape, s-a decis să se aplice grefe epiteliale, care să se opună retracției cicatriceale.

De data aceasta Kiriac este acela care, la 5 aprilie, aplică pe plagă patru mici fragmente de grefe epiplooice — luate tot de la un miel, a cărei incizie abdominală a fost cusută cu fire de «catgut no. 4»[3] și badijonată cu «collodion»[4] iodoformat — și le fixează cu «diachylum».

Acest miel, ca și precedentul, în scurt timp după operația suferită — laparatomie[5] — s-a refăcut, spre satisfacția celor doi chirurgi.

După cîteva controale, la 2 mai, aproape întreaga suprafață era epidermizată, iar la 9 mai, cicatrizarea era terminată, fără tendință de ectropion.

Aceste două cazuri de grefe, care au demonstrat eficiența grefelor de țesuturi aparținînd, nu numai la specii diferite, dar și la sisteme anatomice diferite, se înscriu printre primele de acest gen.

Prof. emerit dr. CONSTANTIN SIMIONESCU

---

1) **Diachylum,** plasture, rezolutiv, cicatrizant, compus din axungie, oxid de plumb, ulei de olive, ceară, terebentină și alte ingrediente.
2) **Tarlatan,** țesătură de bumbac, foarte subțire, de culoare deschisă.
3) **Catgut,** *engl. cat = pisică și gut = intestin.*
4) **Collodion,** soluție de nitrocelulozā într-un amestec de alcool și eter.
5) **Laparatomie** = operație de deschidere a cavității abdominale.

O filă din trecutul medicinei rurale

Medicul de circumscripție rurală primise dispoziție să plece într-o comună bîntuită de scarlatină, unde, împreună cu o echipă de sanitari să combată epidemia. Descins din tren, trecu apostolește dealul, făcînd un popas la un coleg, care în bucuria de a-l avea musafir, vru să-l oprească pînă a doua zi, dar nu izbuti... Mai trecu un deal și sosi la circumscripția fără medic căreia îi aparținea comuna năpăstuită... Pînă la aceasta îl mai despărțea alt deal. Simțea o amorțeală prin picioare astfel că amînă continuarea drumului, pînă a doua zi, rămînînd peste noapte la dispensarul, curățel de altfel, în care se odihni destul de bine. Era în toiul verii. Dis-de-dimineață porni mai departe însoțit de un sanitar... Mai era cale de trei ore de mers întins. Mersul era cu îndemn, dar drumul cu multe cotituri. Sanitarul, cunoscător al locului știa însă să folosească cu spor și unele poteci care tăiau bucle drumului întortochiat. Pe lîngă o cale mai scurtă, cărările acestea le hărăzeau răcoarea desișului pădurii, apoi luminișul pripoarelor din care își roteau într-o clipă de popas, privirile peste văile strîmte, unde se înșirau tăinuite, satele. Se ridicau treptat pe coame, de pe care cuprindeau priveliști largi, scăldate în soare, cu surîsul discret al unui firicel de apă, în care vuietul drumului de fier mai răzbate, ca prin vis.

— «Sînteți cam izolați pe aici» se adresă medicul, tovarășului său de drum.

— «Izolați,... aici cînd ajunge vreo mașină, se ține lumea după ea ca după urs... și dacă e o vreme mai ploioasă trebuie să punem boii să o scoatem din geoavlă. Așezări de oameni pe văgăuni, «căși» aruncate cu furcelul pe coaste... E un sat în partea asta a locului tăbărît pe coasta unui deal, de bleastămă oamenii pe cel care a bătut parul acolo, cel dintîi. Și terenul e cam șubred pe aici... Acum cîtiva ani, a pornit la vale cu o parte dintr-un sat.»

Sanitarul,vechi păzitor al sănătății pe aceste meleaguri, cu fiecare informație pe care o da, zgîlțîia pe medic din reverie, în care îl adîncise natura cu farmecele ei.

— «Aici, în vîrful dealului, de cîțiva ani, trăiește un nebun. A părăsit satul și s-a izolat ca un cuc, într-o covercă pe un pisc!»

—«Îl întîlnim?» se grăbi să întrebe medicul.

—«Cred că da!»

Într-adevăr, după un răstimp, îi întîmpină un om cu înfățișarea sălbatică, lățos, bărbos, jerpelit, încins cu curmei și cu o bîtă noduroasă în mînă. În contrast cu aspra lui aparență, vorbele adresate traduceau omenie, dar și sclinteală care te înfioară.

— «Bine-ați venit în locurile noastre! Este palatul făcut de mine, din care eu domnesc. Am misiunea să izgonesc duhurile rele din lume!»

— «Lasă pe altă dată!» îi răspunse sanitarul. «Acum avem altă treabă!» Dar medicul, care îi pusese în gînd diagnosticul, ca să nu-l contrazică, făcu un semn cu înțeles subalternului și vizită măreața așezare, alcătuită din cîteva ciocîrteli în pămînt, în chip de alei și boschete și o împreunare de pari, coji de copac, nuiele și crăci, în chip de palat.

La despărțire, amfitrionul, aflînd că drumeții se duc în combatere de epidemie, promise solemn, că le va da tot ajutorul, în alungarea duhurilor rele, care s-au abătut în comună.

In timpul coborîtului medicul mai mult decît sanitarul, avea impresia că tot îi urmărște cineva dindărăt,... pe urmele lor... Intrară în satul cu necazul... După atîta cale, se abătură la o casă cu cumpănă lungă la fîntînă, ceea ce înseamnă că își vor stinge setea cu apă rece, scoasă de la adîncime mare. După ce-și astîmpărară jeregaiul din gît, un moș, chipurile stăpînul acestei gospodării, îi întîmpină cu binețe, poftindu-i să intre puțin ca să-i omenească cu miere bună, ca să bea apoi apa, mai cu plăcere... Zis și făcut... Dar moșul avea și chef de vorbă și începu să le depene din isprăvile tinereții sale.

— «Eu am petrecut multe în viața mea. Am făcut și haiducie cu Mărunțelul. Pe poteca asta din dosul casei, se strecura la mine noaptea; de bîrna aceea din tavan își anina pistoalele... Împreună puneam multe la cale și nu-mi pare rău că am făcut hoții în viața mea, că furam de la bogați și dam la săraci!»

După contactul cu autoritățile comunale, medicul fu bucuros să găsească o gazdă bună, cu un pat cu saltea și pernă ca să se poată odihni și porni, a doua zi, la ofensivă. În această primă seară de campanie, prin cap i se învălmășeau aventurile tovarășului lui Măruntelu, cu silueta din vîrful dealului și planurile de a doua zi. In dimineața următoare în fruntea uneia din echipe, porni din casă în casă printre lătrăturile de cîini, pe sub pragurile scunde, și reuși zi de zi să se apropie de suferințele țăranilor, de nevoile lor, să devie nu numai medicul, dar și prietenul lor.

La început, copiii, aflînd de nedorita vizită, fugeau și se ascundeau prin buruieni, prin podul casei, prin putini, pe sub șoproane; apoi, s-a recurs la o tactică de atac, la crăpatul zilei, cu «Bună dimineața puiule! ia să-ți dea nenea doctorul o bomboană! Ia scoate limba să-ți puie nenea doctorul o bomboană dulce ca mierea pe ea!» și copilul scotea limba și cu acest prilej, se putea observa aspectul de limbă scarlatinoasă, sau nu. Sau pentru examinarea palmelor, «ia întinde mîna să-ți puie nenea doctorul o bomboană în ea!».

Mare necaz a fost apoi cu izolarea celor bolnavi... Au întîmpinat mare împotrivire. Un țăran, amețit de băutură, a ridicat securea. Doftoroaia satului, care împrăștiase molima prin practici caraghioase, ca aninarea la gîtul bolnavului a unei legături cu scrum de cîine turbat acum nu înceta să bage zîzanie. Toate aceste hărțuieli însă au fost învinse, cu stăruință și tactică înțeleaptă. Așa că, după o săptămînă de campanie, situația era mulțumitoare. Izolările se făcuseră, copiii nu se mai ascundeau în case și curți, se înfiripase curățenia. Într-una din zile, în tinda unei case, fu găsit un băiețandru, numai piele și os, așezat într-o postavă și scăldat, ca pentru moarte. Era vorba de o enterită puternică datînd de două zile, care îi storsese și uscase corpul. Abia mai vorbea. Fusese tratat cu descîntece și cîteva felii de dovleac fiert. Avea și un fir roșu de lînă, legat la mînă, așa cum se pune la cei deocheați. Medicul îl consultă cu multă blîndețe și ceru să-i fiarbă în clocot un ceaun cu apă.

— «Ba nu, maică, mînca-te-aș, că mămăligă i-am făcut și l-am pălit, dar tot deasurda.»

— «Nu-i vorba de mămăligă, măicuță! Altceva îi facem noi. Ser fiziologic, să-i băgăm sub piele, că l-a uscat boala. Adevărată apă vie, care o să-l întoarcă de la groapă.»

— «Ei maică, apă vie, descîntată, i-am dat eu să bea și tot degeaba.»

— «Fă dumneata, cum zic eu, că ai să vezi!», o îndemnă poruncitor medicul. Se fierse apa în clocot, se adăugă sarea cuvenită, și se injectă sub pielea abdomenului, de i se umflase regiunea ca toba.

— «Aoleo maică, ce se face el cu atîta gîlmă la flămînd!».

— «O să vezi măicuță, că gîlma asta îl scapă de la moarte. Pînă mîine, se soarbe în sînge și îi dă viață, ca o floare vestejită pe care o uzi, pînă nu apucă să se usuce de tot.»

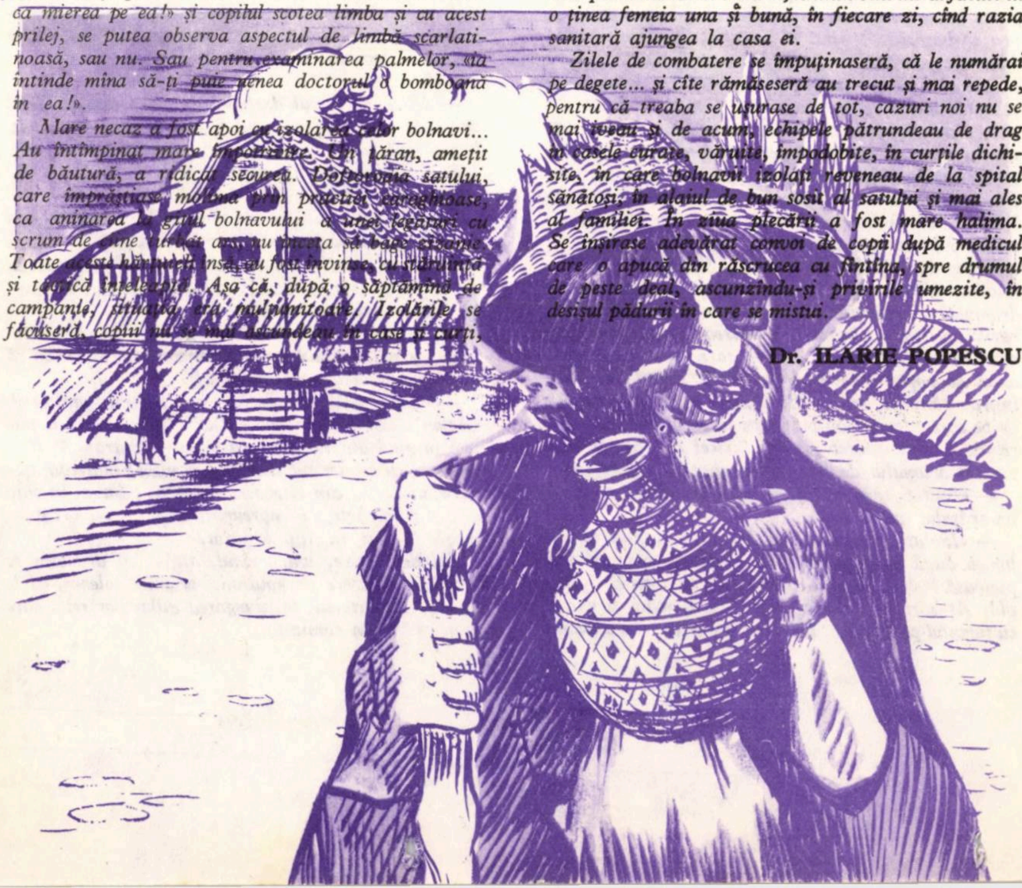
— «Bine-ar fi să fie așa maică!»

Într-adevăr, în ziua următoare copilul se înviorase și ca să scape de a doua înțepătură, cerea mereu să bea din cele trei sticle: cu ceai, supă de legume și apă de orez, recomandate de medic.

— «Adevărată apă vie, a fost măicuță. Să trăiești, să ai parte numai de bucurii, că mult bine mi-ai făcut.»... o ținea femeia una și bună, în fiecare zi, cînd razia sanitară ajungea la casa ei.

Zilele de combatere se împuținaseră, că le numărai pe degete... și cîte rămăseseră au trecut și mai repede, pentru că treaba se ușurase de tot, cazuri noi nu se mai iveau și de acum, echipele pătrundeau de drag în casele curate, văruite, împodobite, în curțile dichisite, în care bolnavii izolați reveneau de la spital sănătoși, în alaiul de bun sosit al satului și mai ales al familiei. În ziua plecării a fost mare halima. Se înșirase adevărat convoi de copii după medicul care o apucă din răscrucea cu fîntîna, spre drumul de peste deal, ascunzîndu-și privirile umezite, în desișul pădurii în care se mistui.

Dr. ILARIE POPESCU



Confesiunea unui medic

Sînt medic. O spun cu mîndrie, dar și cu o oarecare tristețe și o să vedeți de ce. Am o rudă, o rudă foarte simpatică atîta timp cît nu mă invită la masă. Și asta, pentru că am făcut greșeala, într-o zi, și m-am dus.

În casă, lume multă. Masa, nimic de zis acceptabilă, ba chiar la început cu surprize: măsline și o țuică trecută bine de vîrsta maturității. În schimb, pacienții — vreau să spun invitații — arătau, după cum se va vedea, destul de prost.

La aperitiv, n-apuc să mă delectez cu prima măslină de pe platou, că aud din stînga, o voce cavernoasă:

— Ce e, dragă, cînd te doare la cervicală? Crezi că e vorba de o cervicită mortală?

Las măslina, încerc să explic vocii ce este aceea o cervicită și cum nu poate deveni mortală decît în cazul... (dar cazul, vecina din dreapta care tocmai gusta din piftie, fuge repede la baie). Explic apoi în ce constă spondiloza și cînd pomenesc de ciocurile respective, vocea îmi cere:

— la vezi, la vertebra asta n-am un cioc?

Efectuez cercetarea dorită, o asigur că șira spinării nu prezintă nici un motiv de îngrijorare și alerg cu furculița după a doua măslină.

— Dar micoza cum se manifestă? vrea să știe o tînără doamnă, convinsă — de nu știu cine — că recenta cădere a părului s-ar datora acestei boli de piele, incurabile. Vreau s-o lămuresc, dar capul doamnei — altminteri frumos — își răstoarnă podoaba capilară aflată în suferință, peste farfurie:

— Vă rog să vedeți. Nu-i așa că e mai rărit spre creștet? O liniștesc, arătîndu-i în primul rînd că e vorba de un exces de secreție glandulară și în nici un caz de acele ciuperci, care... În clipa următoare trei persoane care ascultau foarte atente, îmi cer urgent ajutorul la apariția unor grețuri complicate cu vărsături locale, adică pe covor. Le liniștesc, mă liniștesc, dar n-apuc să mă reașez pe scaun cînd un bătrînel înaintează spre mine cu un dosar:

— Vrei să te uiți puțin la radiografia asta? Cred că am o hernie de disc, dar doctorul de la policlinică mi-o ascunde, s-o fi vorbit cu nevastă-mea...

Mă uit la radiografie: e perfectă, însă

nu vreau să-mi supăr bolnavul, așa că îi spun:

— N-aveți hernie de disc, ci doar un reumatism foarte interesant. Faceți băi cu frunze de nuc.

Bătrînul mă roagă să-i scriu «rețeta» pe un șervețel de hîrtie, ca să n-o uite. Scap de presupusul reumatic și mă trezesc lîngă mine cu o tinerică în combinezon:

— Să spun 33?

— Mă rog, puteți spune și o sută, numai să nu răciți...

— Tocmai asta e. Mă tem că am făcut o pleurită la ceaiul dansant de sîmbătă. Credeți că mă pot logodi săptămîna viitoare, sau e riscant?

— Riscant e oricum...

— Vai doctore, vă rog să vedeți ce am...

Mă uit, n-avea nimic. O sfătuiesc să se mărite cît se poate de repede, deoarece avea un puls cam accelerat și renunțînd la aperitiv, mă retrag, lîngă un bătrînel care observasem că e ceva mai tăcut. Bucuros, îmi zîmbește și îmi face semn spre lustră.

— Da, confirm eu, numai Cel de Sus, știe ce înseamnă să fii medic...

— Vrea să aprinzi lumina — mă lămurește o persoană al cărei gen părea să fie feminin. Altminteri, cum vrei să-i vezi amigdalele? De asta l-am adus.

Persoana îmi este un fel de rudă de departe, nu pot s-o refuz, mai ales că nici n-am știut pînă acum că există. Bătrînul avea, ce-i drept, amigdalele puțin inflamate, îi spun ce să facă, ce să-ia și cu ocazia asta îmi iau și pălăria.

— Lasă — îmi spune gazda — pe cei care așteaptă pe palier îi consulți mai tîrziu. Acum vino în camera din față.

N-aș putea spune că m-am dus singur și nesilit de nimeni. Am fost, ca să mă exprim cît mai exact, asvîrlit într-o cameră puțin cam întunecoasă, de unde se auzeau gemete difuze. Acolo am găsit: un muribund (cel puțin așa se credea), o babă puțin cam sclerozată, trei copii constipați, o hipertensivă, alta alergică, o gravidă în luna întîi, două apendicite și o bolnavă de nervi, care ținea cu tot dinadinsul să se arunce de la balcon.

Ei bine, aflați că în această vizită absolut particulară, am mîncat o singură măslină și am efectuat 23 de consultații asupra persoanelor invitate la masă, ca să nu mai vorbesc de cele invitate pe palier, pe scări sau aflate în apartamentele vecine. Și asta, încă în zi de duminică. Acum mă credeți că deși am o rudă foarte simpatică, nu-mi face nici o plăcere s-o vizitez? Dacă nu mă credeți înseamnă că nu aveți în familie nici un medic și apelați doar la serviciile instituțiilor de stat. Mai bine!

RODICA TOTT

La odihnă

Munte? Mare? Nu-i dilemă ci un cumul de regrete
Că nu poți — în două locuri — să exiști concomitent,
Și pe plajă, să te coacă raze ultraviolete
Și pe cărărui de munte, cățărat spre firmament.

Spre oricare dintre cele patru puncte cardinale
Cu rucsacul în spinare te-ai decis să o pornești
Dai de-o apă, dai de-un munte, de-o pădure, dai de-o vale
Care să-ți reamintească vii decoruri din povești.

Jos la mare, Eforia și bunica ei, Mamaia
Te așteaptă înflorite, ca în brațe să te ia,
Valea Prahovei te-așteaptă cu Bușteni, Predeal, Sinaia
În veșminte de verdeață și cu panglici de șosea.

Te așteaptă Vatra Dornei, Herculanele, Sovata,
Minunatele podgorii cu cunună de livezi,
Govora, Călimăneștii, Olăneștii, Căciulata,
Retezatul și Negoiul, cu lungi cușme de zăpezi.

Te așteaptă umbra deasă și poiana și izvorul,
Briza mării, litoralul cu decorul lui marin,
Creasta-naltă, zimțuită, cărăruia și priporul,
Te așteaptă tot șiragul de mărgele, carpatin.

În oricare loc te-oi duce pentru vilegiatură
Vei găsi minunăția prinsă-n minuscul tablou,
Este frumusețea țării, dăruită de natură
Pusă însă în valoare tot mai mult, de omul nou.

FLORIN IORDĂCHESCU

RONDELE MEDICALE

Rondel pseudo-sănătos

El n-are nici o bubă-n cap
Sau dacă are, nu se vede.
E sănătos ca Esculap
Și înțelept ca Arhimede.

Se-nfige-n fața ta, proțap,
Și-n toate primul se repede:
El n-are nici o bubă-n cap
Sau dacă are, nu se vede!

De-l prind cu ușa, nu-l mai scap:
De unde e? Din ce purcede?
Cînd behăie, precum un țap,
Nici gură-cască nu-l mai crede

Că n-are nici o bubă-n cap.

Rondel într-o ureche

Dumnealui e-ntr-o ureche
Dar se dă original
Deși treaba, medical,
E, de fapt, o boală veche.

Guraliv, spiritual,
Talentat fără pereche,
Dumnealui e-ntr-o ureche
Dar se dă original...

Unde vrea, acolo e che-
Marea lui (cît mai central!)
Pe motivul principal
Că, atins puțin de streche,

Dumnealui e-ntr-o ureche.

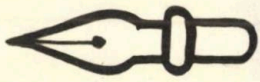
Stelian Filip

EPIGRAME

GIUSEPPE NAVARRA

Într-o grădină de vară,
unde igiena lasă de dorit

Nu știu cine poartă vina,
Dar un fapt s-a constatat:
Că-n grădina cu pricina,
Numai aeru-i curat!

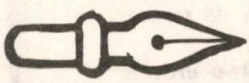


Unui șofer care n-a acordat
prioritate de dreapta

De-ar fi dat prioritate,
Totul ar fi fost normal.
Dar a vrut întîietate
Și-a avut-o: la spital!

Unui cîntăreț de muzică ușoară,
exagerat de «activ»

După cum dă permanent,
Din picioare, mîini și gură,
N-ar avea temperament;
Mai curînd, temperatură!



Unui «glumeț»

Medicul, făr-de-amînare,
Ți-a prescris regim sărat
Și — deși l-ai ascultat —
Cînd glumești n-ai pic de sare!

Unui dentist

Dacă ai la dinți ceva,
Nu-l căta la cabinet.
Dînsul trage la măsea,
Mai încolo, la bufet!

Unuia care-și petrece concediul
și la munte și la mare

Concediul monden,
De aceea-l face-n rate:
La munte-i oxigen,
La mare — oxigenate!

Unei surori medicale,
cam neglijentă

Cînd cu gestu-i indecis
Și-a înfipt în mine acul,
Printre gemete mi-am zis:
«O fi soră, dar cu dracul»!

După o operație estetică

Nasul, cînd l-avea mai gros,
Îl ținea tot timpu-n jos.
Dar de cînd și l-a redus,
Ea și-l ține doar pe sus!

Unui psihiatru

Cînd la psihiatru-am fost
Mi-a pretins ciubuc, pe șleau,
Dar i-am spus că nu îi dau.
(Sînt nebun, dar nu și prost!)

Unui veterinar

Medicul veterinar
Vindecă pisici, căței,
Vaci, porci, tauri și măgari,
Dar le vindecă cu... lei!

Unui medic epigramist

Deși-n muncă nu greșește,
(Medicina lui e artă)
Epigrama de-o moșește,
Ea precis se naște moartă!

O PAGINĂ DE ISTORIE MEDICALĂ REPREZENTATĂ PE UN GOBLEN

Din totdeauna temele medicale, expresie a unor realităţi vii, sensibile şi impresionante, au constituit un subiect preferat de artişti. Sculptura Greciei antice, desenele şi gravurile Renaşterii transmit uneori amintirea procedeelor folosite în arta vindecării, mai bine decît au făcut-o autorii tratatelor medicale ale timpului. Sculptori şi pictori numeroşi au imortalizat actul practicianului anonim şi au eternizat trăsăturile unor figuri medicale renumite ale timpului. De la miniaturile medievale la şarjele caricaturale ale lui Daumier, aceste opere s-au dovedit la fel de puternice ca oricare replică satirică din comediile lui Molière în atacul purtat împotriva ignoranţei şi dogmatismului medical. Pe bună dreptate istoriograful medical, Gaston Cordier, poate afirma că «a străbate istoria medicinii echivalează cu un drum pe care îl parcurgi în arta picturală de-a lungul veacurilor».

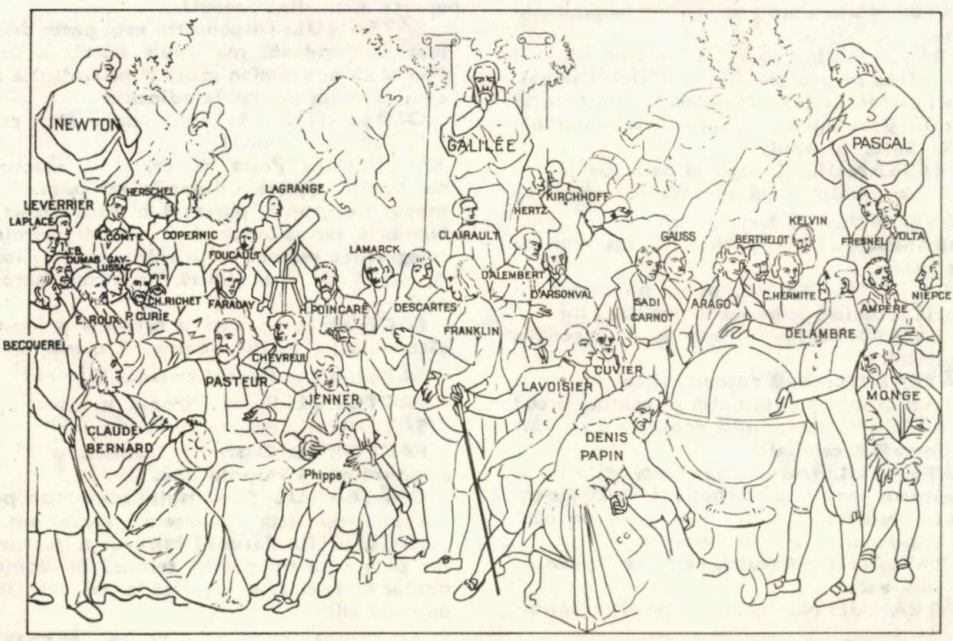
În cuprinsul acestei modeste note noi urmărim să atragem atenţia asupra unei realizări artistice ieşite din comun: un goblen care imortalizează cîteva figuri medicale ilustre din ultimele trei veacuri. Această tapiserie intitulată atît de sugestiv: «În prada întrebărilor Necunoscutului, ei întreţin de-a lungul secolelor focul sacru al Cercetării», împodobeşte un perete de la Universitatea «British Columbia» din Vancouver (S.U.A.).

Pe această pînză se pot identifica cu uşurinţă figurile medicale. Iată-l, în prim plan, pe Jenner (1749—1823), modestul medic care prin aplicarea vaccinării antivariolice a salvat lumea de la un flagel cumplit. În braţele lui se află primul vaccinat din istorie, copilul James Phipps. În apropierea lui Jenner se găseşte marele Pasteur (1822—1895), părintele microbiologiei moderne, savant deschizător de drumuri în atîtea direcţii. La dreapta sa, îmbrăcat în toga de cercetător la «Collège de France», se zăreşte profilul bărbătesc al lui Claude Bernard (1813—1878), creatorul medicinei experimentale şi al fiziologiei moderne. În spatele acestuia, se sprijină de spătarul scaunului, Henri Becquerel (1852—1908), titular al premiului Nobel pentru lucrările sale asupra radioactivităţii. La stînga lui Becquerel, în bluză şi bonetă albe, răsare profilul ascetic al lui Emile Roux (1853—1933), discipol al lui Pasteur şi descoperitor, alături cu Behring, al serului antidifteric. La stînga lui Roux se zăreşte figura cunoscută a lui Pierre Curie (1895—1906), acela care împreună cu soţia sa au pus bazele radioactivităţii. Iar şi mai la stînga, se zăreşte figura cu mustăţi galice ale fiziologului Charles Richet (1850—1935), premiul Nobel pentru descoperirea, împreună cu Portier, a anafilaxiei.

Se mai pot distinge, printre alţi mari savanţi: profilul lui Lavoisier, creatorul chimiei moderne; al lui Heinrich Hertz fizician, descoperitorul undelor electrice; al lui Gustav Kirchoff, fizician, căruia îi datorăm analiza spectrală; al paleontologului Cuvier; ale lui Volta şi Ampère.

ANA NAUM

****


NEWTON
GALILÉE
PASCAL
LEVERRIER
LAPLACE
HERSCHEL
LAGRANGE
COPERNIC
A. COMTE
FOUCAULT
LAMARCK
CLAIRAULT
HERTZ
KIRCHHOFF
GAUSS
KELVIN
BERTHELOT
FRESNEL
VOLTA
D'ALEMBERT
D'ARSONVAL
C.HERMITE
NIEPCE
AMPERE
FARADAY
H.POINCARÉ
DESCARTES
FRANKLIN
SADI CARNOT
ARAGO
DELAMBRE
BECQUEREL
CHEVREUL
PASTEUR
JENNER
CUVIER
LAVOISIER
MONGE
CLAUDE BERNARD
DENIS PAPIN
Phipps

Consultație cu... avia

Acțiunea se petrece într-un birou de la un consiliu popular comunal, unde un sătean vorbește la telefon, tocmai cînd intră un orășean.

ORĂȘEANUL: Noroc!

SĂTEANUL: (în telefon): Și un guturai...

ORĂȘEANUL: Dar ce ai cu mine, de-mi urezi cu aspirine?

SĂTEANUL: (cu telefonul la ureche, dar către orășean):
Lasă-mă nene. Nu vezi că vorbesc la telefon?... (în aparat) Reflexe? ...Stați să controlez... (către orășean) Ești matale bun să-mi dai una?

ORĂȘEANUL: Cum să-ți dau? În glumă sau în serios?

SĂTEANUL: Cum vrei, numai în genunchi să fie.

ORĂȘEANUL: (aparte): Fie ce-o fi!... (Îi trage săteanului o lovitură în piciorul stîng).

SĂTEANUL: (recepționînd lovitura, saltă piciorul și spune în receptorul telefonului): Saltă! Saltă piciorul!

ORĂȘEANUL: (începe să salte de pe un picior pe celălalt pînă ce săteanul observă)

SĂTEANUL: Ce faci acolo?

ORĂȘEANUL: Salt piciorul, așa cum ai vrut mata.

SĂTEANUL: Lasă-ți, nene, picioarele în pace, la locul lor, pe podea și vino lîngă mine...

ORĂȘEANUL (se apropie cu neîncredere de celălalt)

SĂTEANUL: (îi dă receptorul telefonului): Ești bun să mi-l plimbi puțin pe spatele meu?

ORĂȘEANUL: (plimbă receptorul pe partea dorsală a celuilalt)

SĂTEANUL: (tușește de cîteva ori, apoi ia receptorul înapoi și vorbește în el): Ce-ați spus?... Hîrîie? Așa hîrîie la mine de cînd sînt cuplat cu gara... Să respir adînc?

ORĂȘEANUL: Ascultă, nene, ce înseamnă comedia asta?

SĂTEANUL: Nu mă întrerupe din respirat, că mă înec și se duce naibii consultația medicală!... (în telefon) Bine, doctore, te mai sun și mîine... (pune receptorul în furcă).

ORĂȘEANUL: Cu care doctor ai vorbit?

SĂTEANUL: Cu cel de la dispensarul nostru.

ORĂȘEANUL: Păi nu era mai simplu să te fi dus pînă la el?

SĂTEANUL: Dar ce, dumneata crezi că pot pierde două zile cu drumul?

ORĂȘEANUL: Vai de mine! Atît de departe este dispensarul?

SĂTEANUL: Dispensarul este peste drum, însă doctorul stă mai mult acasă, la oraș. Noroc că are telefon acolo și ne consultă așa cum ai văzut și matale adineauri.

ORĂȘEANUL: Bravo, nene... Dar rețetele cum le primiți?

SĂTEANUL: Poșta să trăiască! Doctorul ne trimite rețetele telegrafic. Iar cum se primește telegrama, poștașul o duce direct la farmacie, iar eu în loc să semnez de primirea telegramei, semnez de primirea pîcăturilor... A, uite-l că vine! (intră în birou factorul poștal)

FACTORUL: (scoate o hîrtie și o întinde săteanului) Nea Ilie, semnează colea.

SĂTEANUL: Pentru ce, măi Oprică?

FACTORUL: Pentru siropul de tuse.

SĂTEANUL: Păi am semnat și ieri.

FACTORUL: O să mai semnezi și mîine, și poimîine, și răspoimîine.

ORĂȘEANUL: Cam multe semnături pentru un sirop. Asta miroase a birocratism.

FACTORUL: Pardon! Miroase a doctorie! Iar pe rețeta telegramă trimisă de domnul doctor scrie clar: o linguriță la trei ore, timp de cinci zile!

V.D. POPA

POPULAȚIE și DEZVOLTARE

Conferința mondială a populației, care a avut loc la București între 19 și 30 august 1974, reprezintă o contribuție majoră la eforturile comunității internaționale de a găsi rezolvări adecvate problemelor populației. Dezbaterile sale s-au finalizat în elaborarea și adaptarea prin consens a 27 de importante documente care reliefează atmosfera constructivă ce a dominat această conferință. Între acestea la loc de frunte se situează rezoluția «Pentru o lume mai dreaptă» inițiată de România și adoptată în unanimitate.

Ideile, tezele și pozițiile exprimate la această Conferință s-au grupat în jurul unor teme majore dintre care desprindem pe aceea a raporturilor complexe de interferență reciprocă dintre populație. resurse și mediul înconjurător.

Deschizînd Anul Mondial al Populației la începutul lui 1974, Kurt Waldheim, secretarul general al Națiunilor Unite, sublinia cele patru probleme importante ale lumii contemporane: dezvoltarea, populația, mediul și pacea. În acest context, problema demografică se prezintă ca deosebit de însemnată pentru lumea noastră care este, așa cum afirmă lozinca Anului Mondial al Populației «o singură lume pentru toți».

Avînd un ritm mediu de creștere de 2% anual, populația lumii sporește cu 1 miliard locuitori la fiecare 15 ani. Mai important însă este faptul că 2/3 din această populație se găsește în țările în curs de dezvoltare. Evident că și populațiile acestor țări, care vor reprezenta în anul 2000 circa 3/4 din totalul locuitorilor lumii, vor face pași importanți pe calea dezvoltării social-economice. Dar dilema constă în faptul că ritmul demografic actual este superior ritmului dezvoltării în aceste țări.

Manifestările demografice ale ultimilor ani au subliniat cu prisosință importanța studiului atent al variabilelor populației în elaborarea strategiilor de creștere economică. Nu numai influența dezvoltării asupra populației, dar mai ales implicațiile presiunii populației asupra condițiilor creșterii economice, capătă o semnificație deosebită în condițiile actuale.

Țările în prezent dezvoltate prezintă o istorie demografică semnificativă pentru înțelegerea evoluției actuale a populației. Astfel, într-o perioadă inițială, care poate fi situată la sfîrșitul secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea, aceste țări prezentau indici ridicați de mortalitate (30—35‰) și de natalitate (40—45‰).

În condițiile ameliorării condițiilor generale de viață, a alimentației, a progreselor medicale în lupta contra bolilor transmisibile, mortalitatea a început să scadă. Rămînînd la un nivel ridicat de natalitate populația prezintă pe la mijlocul secolului al XIX-lea un spor de 1% anual.

Este de menționat că același fenomen, are loc și în prezent în țările în curs de dezvoltare, dar sporul lor de populație este de peste 2%.

După o perioadă de timp variabilă pentru fiecare dintre țările europene în prezent dezvoltate, natalitatea lor începe să scadă și astfel se ajunge din nou la indici apropiați de natalitate și mortalitate, care condiționează o reproducere redusă a populației

Ceea ce aduce o caracteristică nouă evoluției demografice a țărilor în curs de dezvoltare în acest ultim sfert al secolului XX este împrejurarea că paralel cu

alte fenomene sociale, cele populaționale au ritmuri accelerate de mișcare. Bunăoară, reducerea mortalității populațiilor acestor țări s-a produs într-un interval foarte redus de timp, ceea ce a generat amplul proces al exploziei demografice.

Sînt însă numeroase țări în curs de dezvoltare din Asia, Africa și America Latină care consideră că indicele ridicat al creșterii populației constituie un obstacol în calea dezvoltării lor social-economice și preconizează și aplică o politică demografică favorabilă reducerii natalității.

Există, fără îndoială, în prezent, o problematică complexă în rezolvarea ecuației populație-dezvoltare în aceste țări.

În primul rînd este vorba de resursele naturale necesare oricărei creșteri economice. Nu este vorba de epuizarea acestor resurse, pentru că pe de o parte nu țările în curs de dezvoltare au fost cele care au consumat pînă în prezent resursele, «iar pe de altă parte prognozele resurselor indică o epuizare a lor în următorii 50 de ani». Aici se pune problema nevoii de resurse, legată de dezvoltarea și mai ales al prețului care trebuie plătit pentru exploatarea lor, preț greu de obținut în condițiile unei economii înapoiate.

În al doilea rînd, problemele agriculturii și alimentației se pun cu deosebită gravitate. Modul în care se lucrează în prezent pămîntul nu asigură produse agricole suficiente creșterii și uneori chiar menținerii unei rații alimentare reduse, de regulă carențate. Dar o productivitate mare în agricultură este legată de industrializare, investiții, repartizare echitabilă a pămîntului etc. Importul de cereale din țările dezvoltate care există în prezent nu poate fi o soluție de lungă durată.

În al treilea rînd, se desenează dificultățile instruirii — indispensabilă dezvoltării — pentru populațiile cu o masă mare de copii și tineret. Lipsa de școli și profesori face ca în prezent analfabetismul în lume să crească cu 4 milioane anual. Or, asigurarea condițiilor de învățămînt se găsește într-o competiție foarte dezavantajoasă cu ritmul ridicat de creștere a populației în țările în curs de dezvoltare.

În al patrulea rînd, apar cîteva probleme medicale cu importante implicații sociale. Frecvența mare a nașterilor generează o serie de aspecte negative de care trebuie ținut seama: indicii ridicați de mortalitate maternă și mortalitatea infantilă, creșterea malformațiilor congenitale, difuzarea factorilor disgenetici, întîrzieri marcate în dezvoltarea psihică și fizică a copiilor etc. Aceste aspecte reclamă un consum medical mărit pe care nu-l poate asigura o economie înapoiată.

În al cincelea rînd și poate cel mai important, dezvoltarea economiei depinde de investițiile economice pe care le poate pune la dispoziție, țara respectivă. Cînd investițiile demografice — sau costul creșterii populației — sînt mari (deși insuficiente), acumularea de mijloace pentru creșterea economică se face anevoios și în orice caz nu în ritmul necesar creșterii populației și a nivelului ei de trai.

Toate aceste considerente impun o atentă abordare a problemelor dezvoltării economico-sociale și luarea în considerație a variabilelor populației la elaborarea strategiilor de creștere economică, în țările în curs de dezvoltare.

Aceste aspecte și implicațiile lor fac obiectul unor recomandări pe care O.N.U. le-a sintetizat într-un vast Plan mondial de acțiune privind populația.

Opiniile specialiștilor și oamenilor politici asupra situației demografice în țările dezvoltate — cu o natalitate redusă și cu fenomene de îmbătrînire a populației — prezintă o mare diversitate.

Țara noastră practică o politică favorabilă natalității. În acest sens, tovarășul Nicolae Ceaușescu spunea la Conferința Națională a P.C.R. din 1972: «O problemă esențială este asigurarea unei creșteri mai susținute a populației — factor esențial al dinamismului și forței productive a societății. Avem în vedere adoptarea în continuare a unui complex de măsuri de ordin economico-social și sanitar, care să contribuie la întărirea familiei, la stimularea natalității, reducerea mortalității și creșterea duratei vieții oamenilor».

Dr. Al. P.

SARCINILE ȘI PERSPECTIVELE OBSTETRICO - GINECOLOGICE

Interviu cu tov. prof. dr. docent DAN ALESSANDRESCU

1) *Care este, după Dvs. starea demografică a țării noastre și cum se poate contribui la sporirea natalității?*

Părerea mea este că demografia și obstetrica-ginecologia sînt 2 discipline, cu un conținut bine definit. Între ele există unele teritorii de graniță și unele preocupări ce se întîlnesc. Astfel, se admite că indicatorii calitativi ai asistenței medicale ginecologico-obstetricale sînt și indicatori demografici, de exemplu mortalitatea maternă, mortinatalitatea, mortalitatea neonatală precoce. Acest fapt conferă o mare responsabilitate socială specialității noastre medicale, ginecologia-obstetrica, al cărei conținut este centrat pe reproducerea umană.

Așa cum s-a arătat în Documentele Partidului nostru, ca și în studiile efectuate de specialiști în demografie, în ultimii ani se constată o scădere a natalității în țara noastră, fenomen negativ.

Reproducerea umană este o dublă condiționare, conferită pe de o parte de factori medico-biologici, și pe de altă parte de factorii psihologici, sociali, culturali, economici etc.

De aceea, pentru a contribui la sporirea natalității este necesar de a se asigura o convergență de acțiuni, așa cum se procedează în țara noastră.

Continua îmbunătățire a asistenței ginecologico-obstetricale este asigurată de creșterea numărului de paturi, a numărului de medici de specialitate și cadre medii, a grijei pentru perfecționarea muncii acestor lucrători sanitari, Ministerul Sănătății, avînd ca problemă prioritară în planul său de măsuri asistența medicală a femeii.

În cadrul politicii demografice a Partidului nostru sînt prevăzute o serie de măsuri de protecție socio-medicale a femeii, ceea ce reprezintă o garanție că vom asista la o creștere a natalității.

2) *Ce a organizat rețeaua noastră de obstetrică-ginecologie pentru sprijinirea acestei acțiuni?*

Aplicînd consecvent în practica zilnică principiile politicii demografice ale Partidului, Ministerul Sănătății a organizat o serie de acțiuni pentru a contribui la creșterea natalității.

Menționez în primul rînd, măsurile luate pentru îmbunătățirea ritmicității și a conținutului consultației prenatale, precum și a nivelului tehnic a asistenței intranatale. Pe aceiași linie, se înscriu creearea serviciilor de ginecologie infantilă, a Cabinetelor pentru Studiul și Combaterea Infertilității și a Infecundității. Există preocupări parțial concretizate pentru introducerea consultației premaritale și a sfatului genetic.

S-a hotărît de asemenea, organizarea și dotarea cu prioritate a Serviciilor de Anestezie și Reechilibrare funcțională din Maternități.

Cercetările de Farmacovigilență s-au finalizat în instrucțiuni privind administrarea medicamentelor la femeile gravide.

În lumina contemporaneității științifice, în dorința ca reproducerea umană să asigure generației viitoare o perfectă dezvoltare fizică și intelectuală, fără nici un sacrificiu din partea generației descendente, s-au elaborat Instrucțiunile pentru autorizarea întreruperii legale a cursului sarcinii.

3) *Care sînt problemele majore cu care sînt confruntați ginecologii și obstetricienii zilelor noastre?*

Ginecologii-obstetricieni sînt confruntați cu unele probleme deosebit de interesante. Pe prim plan situez colaborarea specialistului cu femeia pe care o îngrijește și cu familia ei. Trebuie spus că aici mai persistă unele lacune, că noi nu am reușit încă să cîștigăm încrederea femeii, care să-și considere medicul ginecolog, ca pe cel mai bun și mai apropiat sfătuitor. Din această cauză se mai întîlnesc în practică regretabile omisiuni, ca de exemplu femei cu certă patologie medicală sau cu condițiuni defavorabile de peristază și care nu ni se adresează în timp util sau care ocolesc consultațiile, deși acestea sînt gratuite, de mare adresabilitate și accesibilitate. Unele femei gravide, necunoscînd marile riscuri ale provocărilor ilicite de avort, recurg la manevre empirice pentru întreruperea sarcinii. Prin aceste mijloace, aceste femei își periclitează viața, știut fiind că aceste agresiuni determină serioase și deosebit de grave complicații infecțioase, hemoragice, traumatice etc. Tot atît de periculoasă este

și atitudinea femeilor care au mai multe nașteri normale și care consideră că «știu să nască»; ele ocolesc serviciile medicale care le stau la dispoziție, expunîndu-se la serioase complicații. Cu regret, trebuie arătat că există încă în cursul sarcinii și nașterii accidente grave, perfect evitabile în actualitatea științifică, dacă familia în general și femeia în special ar colabora cu cadrele medicale sau medii care le stau la dispoziție.

O a doua mare problemă este aceea generată de insuficienta informare a populației în problematica reproducerii umane. Sînt mult prea numeroase lipsurile în educația sexuală cu mari rezonanțe socio-medicale. De aceea este necesar ca psihologi, sociologi, pedagogi și medici să ne unim eforturile să stabilim obiectivele și metodologia educației sexuale.

4) *Care sînt progresele marcante înregistrate în domeniul acestor două discipline?*

Ginecologia-obstetrică, disciplină clinică aplicativă a fost beneficiara a numeroase cuceriri științifice a unor discipline medicale, ceea ce a permis ca în zilele noastre să poată obține rezultate deosebit de valoroase.

Orizontul larg profilactic, de prevenire a complicațiilor obstetricale, de diagnostic precoce, de depistare a tulburărilor funcționale, a leziunilor patochimice, de cele mai multe ori reversibile a stabilit conceptul de lucru al specialității.

Un alt mare progres l-a reprezentat cunoașterea «vieții înainte de naștere». Cuceririle științifice ale geneticii, biofizicii și biochimiei, endocrinologiei și citologiei au permis definirea unei specialități de graniță — *perinatologia*, domeniu care, ca nici un alt teritoriu de frontieră este deosebit de fertil. Exigent față de profesiunea sa, ginecologul obstetrician, urmărește ca după trecerea prin sarcină, naștere și lăuzie, femeia, în deplină stare de sănătate, să continue să fie același element deosebit de util societății, iar copilul, armonios dezvoltat intelectual și fizic, să reprezinte luminosul viitor al societății noastre.

Concomitent, trebuie menționat că progresele în domeniul bolii canceroase permit recunoașterea localizărilor pe uter într-o fază preinvazivă, fază în care tratamentul echivalează cu vindecarea.

Datorită lucrărilor regretatului Prof. Dr. C. Daniel, Școala românească de Obstetrică-Ginecologie, are priorități în citologia lichidului amniotic și a bolii canceroase, priorități universal recunoscute.

5) *Cum vedeți în perspectivă viitorul specialității de ginecologie și obstetrică?*

Trebuie precizat că ne referim la perspectivele biologiei reproducerii umane în special, termen sub care se înțelege de fapt astăzi specialitatea noastră.

De menționat că lucrările O.M.S.-ului în reproducerea umană au făcut pași înainte în cunoașterea mecanismelor intime ale ovulației, ale inducerii ei și s-a trecut la o fază relativ înaintată a reproducerii umane «*in vitro*». *Amniologia*, adică cercetarea mediului intern al embrionului a deschis perspective largi în evitarea afecțiunilor genetice, leziuni care afectează embrionul. Mîine se va putea stabili în mod curent și precoce sexul fătului și se va putea interveni împotriva alterărilor genetice care astăzi se diagnostichează numai.

Pe de o parte se vor cunoaște din ce în ce mai bine mijloacele de a stimula și dirija fertilitatea, pe de altă parte se vor descoperi agenți care să modifice cît mai puțin releurile neuro-endocrine normale ale reproducerii umane.

Sfera *farmacoteratogenezei*, adică a acțiunii medicamentului asupra produsului de concepție se definește din ce în ce mai bine astăzi, cînd se cunoaște proteinogeneza, ceea ce va permite stabilirea unor metode de prevenire a malformațiilor fetale.

Cunoașterea mai amănunțită a bioritmurilor atît de caracteristice pentru femeie, va putea să înlăture tulburările de început și de sfîrșit a bioritmului ovarian, al cărui coordonare va permite înlăturarea tulburărilor din perioada pubertară cît și din menopauză.

Sfera reproducerii umane impune cunoașterea și amănunțirea acestor fenomene, care conduc la crearea unor noi specialități ca: perinatalogia, farmacologia și farmacodinamia legată de biologia reproducerii, ginecologia infantilă, ginecologia endocrinologică, chirurgia funcțională legată de chirurgia sterilității.

În oncologia ginecologică, cuprinderea integrală a problemei neoplasmului uterin va ameliora depistarea precoce și, concomitent cu pașii mari care se fac în cunoașterea ritmului metabolic celular, se va ajunge la un tratament eficace care se va referi și la cancerul de sîn și la cel ovarian.

Interviu luat de dr. S.H.

DESPRE ROLUL FAMILIILOR TINERE ÎN SOCIETATE

Interviu cu tov. prof. dr. docent N. N. GHEORGHIU

Care sînt modificările pe care sarcina le produce asupra organismului femeii şi ce efecte are asupra stării de sănătate?

O dată cu instalarea pubertăţii, în organismul fetiţei se stabileşte un echilibru funcţional neuroendocrin, care este totdeauna întregit de apariţia primei sarcini.

Pe lîngă completarea dezvoltării fizice feminine, cantitatea crescută de foliculină, acest hormon ovarian indispensabil bunei dezvoltări a sarcinii, denumit prin excelenţă hormonul feminităţii, activează numeroase procese metabolice în întreg organismul, îndepărtînd astfel diverse tulburări funcţionale ale altor organe şi aparate.

Astfel, unele deficienţe glandulare (tiroidă, suprarenală etc.) sînt corectate în timpul sarcinii; alte stări patologice, cum ar fi diabetul se ameliorează prin funcţiile de supleere ale pancreasului fetal.

Frigiditatea se întîlneşte foarte adesea la tinerele căsătorite care nu au copii; după naşterea unuia sau mai multor copii ea se ameliorează fără nici un tratament medicamentos, apetitul sexual fiind strîns dependent de echilibrul hormonal al organismului, desăvîrşit prin funcţia de procreere.

Între ce limite de vîrstă este ideal ca o femeie să procreeze şi ce efect are apariţia unui copil în viaţa şi trăinicia unei familii?

În condiţiile societăţii noastre socialiste, cînd femeia se afirmă tot mai mult în procesul muncii, preocuparea pentru o calificare tot mai înaltă şi utilă, devine dominantă.

Există astfel tendinţa ca tînăra fată să amîne căsătoria după ce şi-a realizat o profesiune, adesea după 23—26 ani.

Practica medicală şi cercetările ştiinţifice, arată că vîrsta ideală pentru procreere este cuprinsă între 20 şi 35 de ani. Se impune deci, necesitatea menţinerii primei sarcini sau interesul ca aceasta să survină cît mai curînd după căsătorie, ştiut fiind că aceasta este vîrsta cînd femeia se bucură de o sănătate deplină.

Dacă sarcina este favorabilă bunei funcţionări organice, trebuie să arătăm că nu este de dorit ca aceasta să survină la o vîrstă prea fragedă (12—15 ani), deoarece copilul riscă să nu aibă o dezvoltare normală şi nici la o vîrstă (obstetrical vorbind) mai înaintată, adică după 41—42 de ani, nou-născutul riscînd să fie deficitar calitativ, eventual malformat.

Prezența nou-născutului consolidează în cele mai multe cazuri familia, preocupările ambilor soți fiind concentrate tot mai mult asupra copilului și ele converg către acelaș țel, creșterea și educarea unui copil sănătos fizic și psihic, util celor din jur, mîndri că el va contribui la consolidarea tinerei generații a patriei noastre socialiste.

Ce reacții trezește sentimentul de mamă la orice femeie și de ce este el necesar a fi transmis din generație în generație?

Pe linie filogenetică, instinctul matern este bine cunoscut. Jocul fetiței cu păpuși încă din prima copilărie este o confirmare că acest instinct există.

Fără îndoială, dorința de a deveni mamă aparține oricărei femei care își întemeiază o familie. Cu adevărat, realizările profesionale, gospodărești, nu dau satisfacție supremă unei femei, prezența copilului în viața ei fiind atingerea scopului pentru care aceasta există în societate.

Sentimentul pe care-l încearcă oricare mamă, al cărui fiu sau fiică sînt oameni de nădejde pentru societatea în care trăiește, nu poate fi egalat de nici o altă satisfacție. Perpetuarea din generație în generație a unui produs de concepție integru, constituie dorința oricărei mame și a oricărui cuplu familial. Păstrarea numelui, a națiunii, trebuie să fie lozinca fiecărui asemenea cuplu.

De ce familia cu mai mulți copii este o familie mai puternic consolidată și contribuie mai eficient la dezvoltarea speciei, a însăși națiunii?

În mod obișnuit, în familia cu mai mulți copii există o satisfacție deosebită de a asista la dezvoltarea progeniturilor. Copiii înveselesc casa, creînd preocupări deosebite, a căror aducere la îndeplinire constituie, în mod special pentru mamă, o bucurie inegalabilă.

Este indiscutabil că un cuplu cu mai mulți copii duce o viață plină de satisfacții, într-o armonie de invidiat de către celibatar și cu mulțumirea de a fi de folos societății.

Grija de a avea copii sănătoși, bine dezvoltați și educați, creează un aport conștient la dezvoltarea însăși a națiunii. Națiunile puternice, cu o bună prognoză de viitor, sînt acelea în care există mult tineret, rezultat dintr-o dezvoltare armonioasă, la baza căreia stă familia.

Ce părere aveți despre unele cupluri familiale care aflate în pragul bătrîneții, cu toate condițiile bune pe care le-au avut și le au încă, inclusiv o sănătate perfectă, nu și-au îmbogățit casa măcar cu un copil?

Asemenea cupluri se situează pe poziția egoismului, a egocentrismului, a indiferenței psihice, care nu este excepțională la tineri. Cînd la aceste cupluri se dezvoltă instinctul de familie sau de procreare, adesea este prea tîrziu și acele cupluri fără descendenți, se caracterizează prin îmbătrînire precoce, tristețe, o nemulțumire aproape permanentă și o panică de a rămîne izolați și neputincioși în amurgul vieții. Poetul Ion Minulescu îi caracteriza foarte bine în versurile:

«În orașul în care plouă,
De trei ori pe săptămînă,
Un bătrîn și o bătrînă
Merg ținîndu-se de mînă...»

Aceștia, către sfîrșitul vieții, fără urmași, au rămas doar cu regretul unui trecut, poate nesăbuit.

Acolo unde într-adevăr starea sănătății acestor cupluri nu a permis a avea un copil, n-ar fi putut apela în aceste cazuri la «Leagănul de copii»?

În condițiile actuale cînd copiii sînt bine îngrijiți în «leagăne», este de recomandat cuplurilor sterile de a adopta un copil. Prin această acțiune se creează satisfacția cuplului care adoptă copilul, de a avea un rost în viață, de a-și fixa preocupările în jurul acestui copil, pentru a-l crește și educa în condiții optime, acesta contribuind la realizarea cuplului ca un sprijin real și util societății în care trăiește. Sînt foarte numeroase exemplele în care copii adoptați s-au situat deasupra așteptărilor. Rolul preponderent în făurirea omului de tip nou îl are educația acestuia.

Cu ce recomandări făcute tinerelor familii doriți să încheiați acest interviu?

Recomandăm tinerelor familii să se dezvolte în deplină sănătate, să muncească cu destoinicie și să se împlinească prin dăruirea de copii sănătoși Patriei, urmași care vor constitui un sprijin la bătrînețe, contribuind la dezvoltarea și consolidarea națiunii.

Redactat de dr. GH. M. GHEORGHE

Cum participă ginecologul la supravegherea fetiței în dezvoltare

ADOLESCENȚA

Problema adolescenței a preocupat de-a lungul timpului pe gînditori, filozofi, sociologi, dar studiile medicale la acest capitol sînt relativ noi. Nu numai adolescența, ci toate etapele evolutive ale individului trebuie studiate sub următoarele aspecte:

— aprecierea fondului biologic al subiectului, cu gradul lui de uzură;

— factorii sociali și psihoafectivi.

În felul acesta ne putem face o imagine cît mai completă a posibilităților sale de integrare și de situare în cadrul social și profesional.

Fetița în dezvoltare de-a lungul etapelor de preșcolar, școlar, adolescentă este urmărită în primul rînd de pediatru, dar în această epocă de fragmentare a medicinei acesta nu poate cuprinde toate aspectele medicale ale adolescenței. Pe lîngă pediatru, psihopediatrul, pedagogul, sociologul, endocrinologul trebuie să participe și ginecologul la studiul și asistența adolescentei și să găsească cele mai bune soluții pentru a o face să treacă peste această etapă.

Obstetricianul ginecolog din zilele noastre este deosebit de interesat în supravegherea adolescentei, deoarece adolescenta de astăzi este femeia tînără care se va reproduce mîine

și care trebuie să facă acest lucru în momentul cel mai favorabil pentru ea, cu cît mai puține riscuri, dînd naștere la descendenți cu valoare biologică cît mai ridicată. De altfel, după definiția Organizației Mondiale a Sănătății, sarcina ginecologului-obstetrician trebuie să fie «preocuparea de a supraveghea sănătatea femeilor în cursul sarcinilor, a nașterii, a lăuzăriei, a le învăța să-și crească copii normali. În sens mai larg, trebuie să se extindă la tinerii susceptibili de a deveni părinți, pentru a le ameliora starea de sănătate, pentru a-i ajuta să-și facă o idee corectă despre familie și rolul familiei în colectivitate».

În această concepție participarea ginecologului la supravegherea fetiței în dezvoltare și mai ales în perioada prepuberală, în cadrul consultațiilor de ginecologie infantilă poate să aducă foloase deosebite.

Discutînd numai perioada peripuberală, constatăm că în perioada aceasta se produc în organism fenomene de maturizare fizică, somatică, transformări psihice. Maturizarea somatică-fizică începe înainte de pubertate printr-un puseu de creștere mai pronunțat la băieți decît la fete. Creșterea în lungime a corpului se face în principal pe seama membrelor inferioare. În perioada pubertară creșterea se încetinește, dar interesează mai mult trunchiul și ea va înceta complet de-abia după 18 ani.

Maturizarea genitală-sexuală depinde de corelațiile nervoase și endocrine, la care participă glanda suprarenală, ovarul, hipofiza dirijate de centrii nervoși care sînt situați la baza creierului. Conturarea caracterelor sexuale secundare în practica zilnică ne permit să apreciem evoluția pubertății.

Astfel ne putem orienta după următoarele date:

— Dezvoltarea oaselor bazinului și proeminența mamelonului 9–10 ani;
— Debutul dezvoltării mamare și a pilozității pubiene 10–11 ani;
— Modificări ale mucoasei vaginului, creșterea organelor genitale interne și externe 11–12 ani;
— Pigmentația mamelonului și rotunjirea sînului 12–13 ani;
— Pilozitatea axilară, prima menstruație 13–14 ani;
— Sarcinile normale cele mai precoce 14–15 ani;
— Acnee și scăderea timbrului vocii 15–16 ani;
— Oprirea creșterii scheletului 16–17 ani.

Pe baza acestui tablou sîntem în măsură să situăm stadiul sexual al pubertății.

Transformările psihice ale pubertății, maturizarea psihică pubertară se caracterizează prin: dezvoltarea inteligenței, tendința de eliberare din mediul familiar. Adolescentul se analizează pe el și analizează pe cei cu care ajunge în contact. Adeseori, dacă nu este orientat, el pune sub semnul îndoielii aceste constatări, face această analiză cu stîngăcie, dar suficient de autoritară, care îl poate conduce la afirmații tari, la negări și la discuții violente. Aceasta este perioada de entuziasm pe care un educator trebuie să o orienteze judicios și să nu o frîneze.

Dezvoltarea inteligenței îi dă posibilitate adolescentului să raționeze. În perioada aceasta se observă adesea o slăbire a randamentului școlar și de aceea un pedagog bun trebuie să ajute tînărul să se redreseze, să nu-i jignească originalitatea și să nu-l pedepsească pentru rezultatele eventual mediocre la studiu.

PROBLEMELE GINECOLOGICE ALE PUBERTĂȚII

Pubertatea precoce — adică prezența unor sîngerări la fetițe înainte de vîrsta de 9 ani, trebuie să ne îndrume spre un consult de specialitate cu un endocrinolog, pentru a lămuri cauza acestor stări.

Pubertățile timpurii — adică acelea cu o primă menstruație între 9-11 ani, de cele mai multe ori nu au semnificația unor îmbolnăviri, dar și ele trebuie să profite de interpretarea unui ginecolog specializat, deoarece există pericolul declanșării unor tendințe instinctuale neadecvate vîrstei.

Dezvoltarea prematură a sînilor poate să fie observată uneori în prima și a doua copilărie, fără alt simptom de maturizare fizică și genitală. Nu avem o explicație clară a acestui fenomen, dar el trebuie interpretat și mai ales tratat corespunzător. Uneori unul din sîni se dezvoltă mai mult decît celălalt, situație care alarmează părinții, dar medicul bine orientat va liniști familia după un examen competent.

Dezvoltarea prematură a pilozității pubiene, fără alte simptome ale pubertății, se datorează sensibilității deosebite a foliculilor piloși la secreția de hormoni androgeni, care este prezentă în organism. Această stare trebuie interpretată ca o trăsătură ereditară.

Acneea și hirsutismul; acneea, seboreea, pilozitatea pe abdomen și pe coapse reclamă consultul cu un specialist, dar nu trebuie demoralizați nici părinții și nici adolescenta. Aceste simptome care evocă o stare de hiperandrogenie nu duc la modificarea ciclurilor genitale și a funcțiunii sexuale; ele sînt cel mai adesea niște anomalii familiale.

Dismenoreea — adică durerea care însoțește fluxul menstrual, este rară la primele cicluri. Atunci cînd ea este prezentă, adolescenta trebuie să profite de un consult

cu ginecologul, pentru ca aceste fenomene să fie corectate judicios. Există scheme terapeutice pe care specialistul le poate recomanda cu eficacitate.

Menoragiile, adică menstruațiile prelungite în zile și cantitate sînt frecvente în primii doi ani după instalarea primei menstruații. Medicul specialist trebuie să examineze atent aceste cazuri. Trebuie să cerceteze tulburările de coagulare ale sîngelui și tulburările în dezvoltarea somatică. Tratamentul acestor tulburări se poate face cu mare eficacitate, reușind să orientăm bine dezvoltarea ulterioară.

Inflamațiile genitale externe sînt frecvente la fetița în dezvoltare; ele sînt favorizate de activitatea zilnică a fetițelor, care sînt mai turbulente și le expune la diverse contaminări, mai ales acolo unde măsurile de igienă sînt mai puțin riguroase și rezistența la infecții mai mică. Microbii care cauzează aceste infecții își au de obicei sediul în orificiile anal și vaginal. Inflamații ale organelor genitale externe, cauzate de paraziți, cum este oxiuroza, sînt frecvente și pot fi recunoscute și bine tratate. Inflamații ale organelor genitale externe cauzate de ciuperci (candidioze) se întîlnesc mai ales la fetițele care sînt supuse unor tratamente cu antibiotice. Infestările cu paraziți ca trichomonasul se observă destul de frecvent în perioada pubertară. Infestarea se produce prin obiecte de toaletă, lenjerie, băi în bazine contaminate. Le recunoaștem prin aceea că este prezentă o secreție abundentă, spumoasă, aerată, pe care, cînd o examinăm la microscop, găsim parazitul. Tratamentul medical al acestor scurgeri este eficace. Ori de cîte ori fetița se plînge de apariția unei secreții ori de mîncărime vaginală, este necesar să ne adresăm unui serviciu de specialitate, care va preciza diagnosticul și va fixa tratamentul. Secreția va fi examinată la microscop și prin cultură pentru a se identifica germenii care o produc și sensibilitatea acestora la antibiotice.

INFORMAREA ASUPRA VIEȚII SEXUALE

După cum vedem din această enumerare sumară, este folositor ca fetița în dezvoltare și mai ales în perioada pubertară, să fie supravegheată cu participarea ginecologului, pentru a sesiza și corecta tulburările care pot interveni.

Este sigur că în perioada pubertară, cînd se produce maturizarea organelor genitale și se definitivează corelațiile complexe, nervoase și hormonale, apar dificultăți ale organismului care pot să fie îndreptate, reușind astfel să evităm alte tulburări în perioada următoare, aceea de femeie adultă.

Un aspect extrem de important, pe care nu trebuie să-l neglijăm, este acela privind informarea sanitară și genitală a fetiței în dezvoltare și mai ales a adolescentei. La aceasta trebuie să participe familia, școala și medicul ginecolog. Ea trebuie să se facă corespunzător vîrstei și în așa fel ca fetița să nu fie surprinsă de transformările somatice, de modificările fiziologice care se produc.

Să nu uităm că sensul firesc al vieții este să ne naștem, să ne dezvoltăm armonios, să ne reproducem la momentul potrivit, după care îmbătrînim și ne stingem, lăsînd urmași, care vor duce mai departe efortul spre progres.

Este deosebit de important ca fetița în dezvoltare să parcurgă perioadele de: copil, preșcolar, școlar și să ajungă în faza de maturitate cu o dezvoltare somatică și psihică armonioasă, pentru a se putea integra în mod normal și fără riscuri în perioada următoare de femeie adultă.

Prof. dr. IOAN VINȚI

FEMEIA și SPORTUL

Încă din antichitate, Hippocrate considera vîrsta înaintată (bătrînețea) ca o boală și recomanda în vederea prevenirii ei: dietă, mișcare în aer liber și jocuri sportive.

De-a lungul secolelor concepția despre sănătate, despre longevitate și bătrînețe a cunoscut o evoluție continuă, reflectînd condițiile social-economice ale timpurilor și fiind legată strîns de curentele dominante ale «medicinii vremii».

Cercetări efectuate, mai ales în ultimele decenii ale secolului nostru — la care Școala românească de endocrinologie și gerontologie și-a adus o contribuție însemnată prin lucrările academicienilor C.I. Parhon, St. Milcu, A. Aslan — oferă noi posibilități de înțelegere și interpretare a bătrîneții și o nouă atitudine activă în lupta pentru longevitate.

Este suficient să amintim în acest sens faptul că dacă în 1938 media de vîrstă a populației țării noastre era de 42 de ani, ea a crescut în ultimii ani — atingînd cifra de 67 ani în 1965 și 70 ani în 1973. Acest salt a fost posibil datorită măsurilor energice luate de statul socialist pentru ridicarea condițiilor de viață ale întregii populații; între acestea răspîndirea culturii fizice și sportului în masele largi, au jucat și joacă un rol de seamă.

Longevitate înseamnă îndepărtarea bătrîneții, care la rîndul ei reprezintă o boală ce trebuie tratată ca atare (C.I. Parhon). În același timp trebuie să admitem că omul reflectă în viața de toate zilele vîrsta sa biologică și nu pe cea din actele de identitate. Această stare reprezintă în esență atributul factorilor de mediu social, extern și intern, al unor predispoziții constituționale, al activității psiho-fizice etc.

Lupta pentru longevitate constituie încă o problemă deschisă ce stă în fața medicinii moderne, aplicată în special sexului feminin.

Diferite statistici efectuate în multe țări de pe glob ne arată că nu sînt rare cazurile de femei ce depășesc respectabila vîrstă de 100—120 de ani și — este drept, mai rar — chiar de 130—140 de ani. Biografiile acestora ne arată că secretul acestei longevități, în afara unor particularități constituționale sau ereditare, constă în regimul sobru de viață pe care l-au respectat: viață igienică în aer liber, ritm zilnic de activitate constant același, alimentație rațională fără exces de orice natură (băuturi alcoolice, condimente și toxice, tutun) și o activitate adecvată. De altfel, majoritatea acestora o formează femeile din mediul rural.

Analizînd și mai profund activitatea acestora, s-a constatat că efortul fizic, sub forma exerci-

ţiilor fizice în aer liber şi a muncii în natură, joacă un rol important în prelungirea vieţii.

Îmbinînd în acest fel observaţiile empirice cu aspectele de ordin teoretic pe care cultura fizică medicală le fundamentează în profilaxia şi tratarea bătrîneţii, s-a ajuns la crearea unui sistem organizat, înglobînd o serie de mijloace ale culturii fizice ce contribuie efectiv la creşterea longevităţii şi combaterea bătrîneţii.

În consecinţă, vom trece în revistă principalele mijloace ale culturii fizice adecvate vîrstei şi sexului, care şi-au demonstrat eficacitatea în acest domeniu. Vom începe cu mijloacele culturii fizice, menţionînd în primul rînd utilitatea gimnasticii igienice, de înviorare, activitate ce nu trebuie să lipsească din programul zilnic al nici unei femei, indiferent de vîrstă. Bogomoleţ spune că «ziua începe şi se termină» în gimnastică şi masaj. Aceste exerciţii trebuie să dureze în general 10—15 minute pentru femeia adultă, constituind un mijloc eficace de stimulare a funcţiilor vitale ale organismului (circulaţie, respiraţie, sistem nervos, metabolism etc.) şi de antrenare a aparatului musculo-ligamentar. Un accent deosebit se va acorda corectitudinii mişcărilor, respiraţiei, precum şi angrenării tuturor părţilor corpului (membre, torace, abdomen, cap, gît etc.).

După aceste exerciţii trebuie să urmeze măsurile de igienă corporală, printre care şi fricţiunea corpului cu apă rece.

Tot în acelaşi scop, dar cu alt conţinut şi efort, se practică lecţiile propriu-zise de gimnastică. Se recomandă, astfel, cu bune rezultate, mişcările articulare, uşoare, în scopul păstrării mobilităţii articulare şi prevenirii unor fenomene de redoare articulară ce pot apărea pe parcursul vîrstei înaintate.

În general, activitatea fizică a tineretului feminin contribuie atît la formarea armonioasă şi viguroasă a noilor generaţii, cît şi la fundamentarea luptei pentru longevitate; accentuăm acest lucru deoarece mai întîlnim — este drept, destul de rar în ultima vreme — fetiţe care evită mişcarea şi chiar părinţi care încearcă să obţină scutiri pentru orele de educaţie fizică, sub diferite pretexte. Uneori, lucru mai grav, această reţinere faţă de cultura fizică reprezintă o atitudine pudică, datorită unei deficienţe fizice (obezitate, rahitism), tocmai într-o situaţie care trebuie să beneficieze obligatoriu de binefacerile culturii fizice medicale. De aceea în ultimii ani au luat naştere centre de cultură fizică medicală, în care elevii sînt scutiţi de educaţia fizică, urmînd însă un program adecvat, care le asigură atît cercetarea acestor deficienţe cît şi o dezvoltare fizică corespunzătoare.

Abstracţie făcînd de aceste cazuri şi ţinînd seama că în afara orelor de educaţie fizică, elevele şi studentele practică şi alte activităţi sportive în mod organizat (în asociaţii şi cluburi) sau în scop recreativ, rezultă că dirljarea acestei activităţi de cultură fizică ca mijloc de creştere a longevităţii este suficientă.

Probleme deosebite apar însă o dată cu integrarea femeii în procesul productiv. În condiţiile vieţii moderne, în care alături de creşterea nivelului de trai al populaţiei se adaugă şi cuceririle de ordin ştiinţific care au dus la automatizarea şi simplificarea activităţii umane, există tendinţa naturală ca omul, în general şi femeia, în special, să depună un efort fizic cît mai redus. Sedentarismul cu toate urmările lui (ateroscleroză şi afecţiuni cardiovasculare) face adevărate ravagii în ţările cu civilizaţie avansată. Există numeroase lucrări medicale care arată că lipsa de activitate fizică predispune la dereglări şi îmbolnăviri ale organelor şi funcţiilor vitale ale organismului femeii (inimă, organe genitale, sistem nervos, muşchi etc.). Problema a căpătat un interes atît de mare, încît au început să i se consacre congrese internaţionale şi sesiuni. Menţionăm în acest sens cel de al XVI-lea Congres al Federaţiei Internaţionale de Medicină Sportivă din 1966 (R.F.G.), care a avut ca temă «ameliorarea şi deteriorarea funcţiilor organismului în viaţa modernă». Ca rezultat al inactivităţii fizice, dublată şi de o alimentaţie deseori excesivă, apare o afectare a calităţilor motrice ale corpului (scade viteza, forţa, rezistenţa) care face ca rezistenţa generală a organismului să scadă, acesta devenind mai receptiv la anumite îmbolnăviri (în special infecţioase). Urmează fenomene precoce de îmbolnăvire, la început locale, apoi generale, înlesnind instalarea bătrîneţii — distrofie, cu scăderea apoi a longevităţii. Iată de ce este necesar ca femeia de azi să dispună de o serie de mijloace care s-o ajute în prevenirea acestor neajunsuri. Printre aceste mijloace, cultura fizică şi sportul deţin un rol primordial, contribuind la întărirea morală şi fizică a femeilor.

Ţinînd cont că femeia îşi desfăşoară activitatea profesională adeseori în condiţii nefiziologice

(poziţii incomode, solicitări nervoase îndelungate etc.) se recomandă executarea unor complexe de exerciţii fizice în scop corectiv. Avînd în vedere tendinţa apariţiei unor devieri în metabolismul general, pe măsură ce femeia înaintează în vîrstă, ca şi unele poziţii vicioase din timpul lucrului (croitorese, laborante, stomatologe etc.) vom îndruma practicarea acestor exerciţii în direcţia corectării poziţiilor vicioase ale coloanei vertebrale, ale toracelui şi abdomenului, ale membrelor superioare sau inferioare. De asemenea, un mare rol îl joacă mişcările respiratorii. În afara efectelor directe, aceste exerciţii acţionează favorabil şi asupra sferei neuropsihice, deseori afectată de munca profesională sau de vîrsta înaintată, scăzînd în acest fel randamentul fizic şi intelectual al femeii.

Exerciţiile care se adresează abdomenului au în vedere atît ameliorarea hipotoniei muşchilor abdomenului cît şi a funcţiilor digestive (combat constipaţia, atonia veziculei biliare, activează digestia etc.). Exerciţiile de gimnastică respiratorie intervin activ nu numai la nivelul toracelui şi plămînilor (prin activarea schimburilor gazoase), dar şi asupra stării generale a organismului, acţionînd pe cale reflexă. Exerciţiile de respiraţie se recomandă a fi practicate în aer liber, la acţiunea propriu-zisă a exerciţiilor fizice adăugîndu-se şi acţiunea aeroterapiei (oxigenoterapiei).

Mişcările de masaj şi automasaj, prin acţiunea lor locală (circulatorie, trofică) şi generală (reflexă) completează, obligatoriu, lecţia de gimnastică practicată în conţinutul de mai sus.

Se recomandă, de asemenea, plimbările în aer liber, pe jos, pe cît posibil în teren variat (mersul în ritm diferit pînă la apariţia senzaţiei de oboseală) şi cura de teren (mersul pe teren accidentat — urcuşuri şi coborîri). Aceste exerciţii au însemnate efecte circulatorii, respiratorii, metabolice şi de echilibrare a sistemului nervos central. Sînt de asemenea indicate pentru aceleaşi efecte mersul pe bicicletă, turismul, băile şi înotul

igienic; nu se recomandă aceste acțiuni bolnavelor de inimă sau plămîni și femeilor astenizate, obosite.

La toate aceste mijloace trebuie adăugată «călirea organismului», la factorii naturali ai mediului exterior (apă, aer, soare), care contribuie la creșterea rezistenței generale.

Mijloacelor mai sus descrise li se adaugă o serie de activități foarte utile. Dintre acestea menționăm unele probe atletice, gimnastica și înotul sportiv. Dozarea efortului depinde de vîrstă, dezvoltare fizică și aptitudini. Pornim oricum de la premisa recomandării acestor activități ca mijloc de întărire a sănătății și nu ca scop competițional. Alături de aceste sporturi, foarte indicate apar: vîslitul (canotajul), practicat cu moderație și fără sforțări, schiul și patinajul, jocurile sportive (volei, handbal, baschet, scrimă, tenis de cîmp și de masă) și mai ales turismul. Accentuăm asupra turismului accesibil pe toată durata anului și a tuturor vîrstelor. Dozarea lor depinde de starea de antrenament a aparatului cardiorespirator, de practicarea timpurie a acestor sporturi și de gradul de sănătate.

Un factor extrem de important în lupta pentru longevitate îl reprezintă îmbinarea armonioasă a muncii fizice cu cea intelectuală. Datorită activității statice îndelungate, munca intelectuală predispune mai ușor la apariția precoce a semnelor de îmbătrînire. Așa cum am mai amintit, sedentarismul reprezintă un dușman al sănătății, cu atît mai pronunțat, cu cît vîrsta înaintează. Din aceste considerente, alternarea judicioasă a eforturilor intelectuale cu cele fizice și combaterea sedentarismului devin o necesitate de prim ordin în profilaxia bătrîneții și creșterea longevității. Femei de mare valoare intelectuală, artistică (Mme de Staël, M. Curie, L. Sturdza-Bulandra) au realizat acest deziderat pînă la vîrstă foarte înaintată, cu cele mai bune rezultate. Din această categorie se recomandă activități în aer liber, ca ridicatul și curățatul zăpezii în timpul iernii, bineînțeles cu moderație, grădinăritul, avicultura, pomicultura. Desigur durata și intensitatea acestor activități trebuie să fie absolut corespunzătoare vîrstei, sănătății și capacității de efort a organismului. Orele de somn (odihnă) sînt de

o mare utilitate igienică alături de cultura fizică, fără însă a exagera (8—9 ore).

Mijloacele culturii fizice, așa cum au fost expuse succint în materialul de față, se pot executa individual la domiciliu (gimnastica igienică de înviorare și lecții de gimnastică) sau în colectiv, în săli și terenuri special amenajate. Avantajul practicării colective rezidă în caracterul stimulator, atractiv care influențează favorabil sfera psihică a femeii. La acestea se adaugă și rolul instructorului sportiv sau de cultură fizică, element mobilizator în atragerea practicanților la diferite forme de cultură fizică și sport.

Indiferent că este vorba de gimnastică de înviorare, de pauza de cultură fizică sau gimnastica în producție (acolo unde se practică), de o lecție de gimnastică practicată în scop igienic, de o activitate sportivă recreativă sau chiar de întrecere, însă la nivel de masă și nu de performanță, cîteva condiții obligatorii se impun.

Între acestea menționăm: se începe activitatea zilnică cu gimnastica de înviorare, acordîndu-se numeroase pauze între exerciții și o atenție deosebită mișcărilor de respirație; se încheie activitatea zilnică cu 5—10 minute de gimnastică igienică, urmată de un duș cald care liniștește organismul și ușurează somnul. Lecțiile de gimnastică durează între 15—20 de minute, cu o frecvență de 2—3 ori pe săptămînă, executîndu-se cu cel puțin două ore înaintea mesei de prînz sau de seară. Nu trebuie neglijată plimbarea pe jos în aer liber, indiferent de condițiile atmosferice, zilnic 45—60 de minute. Activitățile sportive se execută de asemenea de 2—3 ori pe săptămînă. După ce s-au creat deprinderile igienice și reflexele favorabile unei astfel de activități, se poate menține un program zilnic de întreținere, în care sînt incluse gimnastica igienică de înviorare și o plimbare în aer liber de 45—60 de minute, plus 2—4 lecții de gimnastică sau ședințe sportive efectuate săptămînal.

Dacă practicarea se face sistematic, se poate crea cu acest conținut o bună dispoziție și un echilibru organo-funcțional corespunzător. În plus se pot adăuga lecții de gimnastică medicală cu scop corectiv sau terapeutic la indicația medicului specialist.

Nu putem încheia aceste recomandări fără a semnala și o serie de contraindicații; astfel se contraindică total practicarea eforturilor fizice necontrolate de medicul specialist la bolnavele de inimă, ficat, rinichi, plămîni, diabet, precum și eforturile fizice susținute la femei în vîrstă (în special cele care solicită calitățile de forță, viteză, rezistență sau sferă emoțională) sau chiar exerciții mai puțin intense, dar care impun schimbări bruște de poziție, blocarea toracelui, încordări care jenează respirația. Exercițiile și jocurile sportive de competiție se contraindică de asemenea peste vîrsta de 40 de ani.

Am încercat foarte schematic, în această expunere, să facem o trecere în revistă a principalelor mijloace pe care cultura fizică și sportul le pune la îndemîna femeii în lupta pentru prevenirea îmbolnăvirilor, pentru promovarea sănătății, pentru creșterea longevității.

Nu putem omite faptul de observație practică că femeile care au practicat sportul au nașteri mult mai ușoare, fără dureri sau complicații, iar refacerea organismului după naștere este mult accentuată față de cea a mamelor care n-au practicat anterior cultura fizică. Tocmai de aceea cultura fizică și sportul intră azi obligatoriu în pregătirea femeii care va deveni mamă, în complexul de mijloace care grăbesc reintegrarea socială a femeii. N-am insistat în rîndurile de față, deși faptul este cu prisosință dovedit de mulți ani, asupra efectelor favorabile ale exercițiilor fizice asupra dezvoltării fizice, asupra armoniei corpului. Relațiile dintre activitatea sportivă și frumusețea fizică și morală a femeii apar îndeajuns de fundamentate obiectiv spre a se putea trece la o extindere în masă a acestei activități.

Doctor în științe medicale
I. DRĂGAN
Directorul Centrului de Medicină Sportivă

DIMITRIE CANTEMIR „DOFTORUL"

Avînd în pregătirea sa intelectuală și studii medicale, eruditul voievod Dimitrie Cantemir ne-a lăsat și o seamă de aforisme cu «tîlc» medical, deosebit de semnificative, din care citățm următoarele:

«*Cuvîntul mîngăios la întristare iaste ca numele doftorului la dzăcere*»;

— «*Doftorul măcar că nu într-aceea dată toată boala scoate, ce nedejdea bolnavului ridicînd socoteala că cel ce leacurile dă, de față iaste*».

Prin urmare «numele doftorului», ca și atunci cînd «doftorul de față iaste», influențează în bine, prin sugestie, psihicul bolnavului, contribuind astfel eficient la însănătoșirea sa.

«*Doftorul bun știința în cap iar ierbile în cîmp are și unde chichițele văruite și pilulele șicuite sînt, acolo bolnavul să amăgește, iară nu să tămăduiaște*».

Deci Cantemir recomandă «ierburile» — plantele medicinale — ca mijloc terapeutic și nu «pilulele șicuite» — medicamentele oficinale — aflate în «chichițele apoticarilor», cum ar fi spus el.

Tot relativ la eficiența medicamentelor, Cantemir afirmă că bolnavului «*leacul îi va afla nedejduire, care nedejduire oarecare în chip de oteșire* (alinare n.n.) *îi aduce*», cu alte cuvinte, nu «leacul» ca atare, ci speranța că-i face bine îi aduce o oarecare alinare.

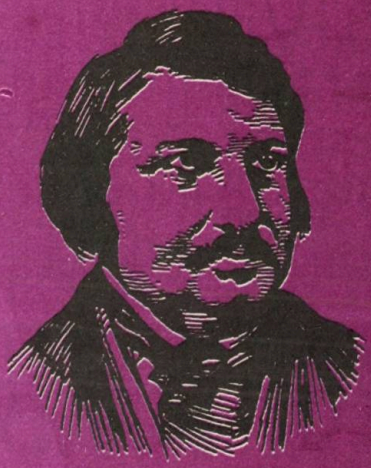
Adversar convins al «leacurilor», Cantemir mai susține că: «*Mai iușor iaste a să suferi obrinteala* (inflamație, n.n.) *rănii la aier*», deci el este contra aplicării medicamentelor chiar și pe o plagă externă inflamată și intuiește efectul favorabil al helioterapiei, prin razele ultraviolete.

Credem că nu greșim dacă, în cele susținute de Cantemir, întrevedem germenul luptei care ar trebui să fie dusă contra avalanșei de preparate medicinale care inundă piața mondială, generînd o adevărată «toxicomanie» sau «iatrogenie», atît de dăunătoare sănătății.

Din aceste cîteva exemple rezultă concepția medicală avansată a lui Cantemir, întemeiată pe sugestie ca tratament psihic, precum și pe călirea rezistenței naturale a organismului, prin crearea anticorpilor în sînge, factori capabili să lupte contra infecțiilor.

Prof. emerit
dr. CONSTANTIN SIMIONESCU

MEDICI ÎN EXISTENȚA ȘI ÎN OPERA LUI BALZAC



Honoré de Balzac s-a născut în 1799 și a murit la 1850. Plin de o vitalitate debordantă, marele romancier s-a cheltuit din primii ani ai tinereții într-o activitate prodigioasă; «mă culc seara, la orele șase sau șapte, o dată cu găinile; mă scol la unu noaptea și lucrez neobosit apoi pînă dimineața la opt» mărturisea el într-o scrisoare adresată Zulmei Carraud. Iar marchizei de Castries îi declara (în aprilie 1835): «opera la care m-am angajat este teribilă și mă dărîmă. La ea îmi petrec zilele și nopțile».

Grație cafelei, Balzac găsise mijlocul să gonească somnul și să umple calmul nopților cu rodul creației sale furtunoase, neobosite. Dar, angajat în acest ciclu infernal de activitate, organismul lui solid avea să-și rupă una din corzi, într-o bună zi. Primul semnal, care semăna a spasm cerebral, a survenit sub forma unui vertij resimțit la un spectacol în noiembrie 1834, din care s-a remis repede. La finele anului 1835 se plînge că-și simte iarăși creierul «fierbînd». Munca prelungită la masa de lucru, ieșirile mondene, datoriile pecuniare legate de proiectele lui mirobolante și pe deasupra dineurile pantagruelice, la care consuma 100 de stridii și 10 cotlete o dată, l-au obosit și l-au îngrășat peste măsură. Doctorul familiei, bunul lui prieten, doctorul Nacquart diagnostichează «o inflamație a creierului» și îi recomandă ca de obicei: pauză în munca de creație, ventuze cu sînge, exerciții fizice și o cură de aer campestru. Balzac refuză însă să-și părăsească masa de lucru. «Aceasta este campania mea napoleoniană», afirmă el. Într-adevăr, Balzac și-a compus opera nu numai cu gîndirea pură ci și cu sîngele și carnea sa.

Dar boala avansa repede. După toate probabilitățile era vorba de o hipertensiune arterială, care avea să ducă cu vremea la o decompensare cardiacă. D-rul Nacquart își dădea perfect seama de evoluția rapidă a acestei afecțiuni, așa după cum avea să o mărturisească într-o zi: «a lucrat cît zece și sînt surprins că a putut să o ducă atîta vreme». Treptat apar primele semne de decompensare cardia-

că: dispnee la efort, care va conduce cu timpul la veritabile crize de astm cardiac. La aceasta mai contribuie voiajul obositor pe care îl face în septembrie 1848, în Ucraina, la moșia Werzșovnie a Evelinei Hanska și care îl obosește peste măsură. Răcit, cade la pat, fiind îngrijit de doctorul Knothe, personaj hofmanesc și elev al profesorului Frank din Petersburg; acesta îi diagnostichează o hipertrofie cardiacă pe care o tratează cu prafuri misterioase și suc de lămîie «pentru a reda elasticitatea valvulelor cardiace». În iarna 1849—50, Balzac contractează o pneumopatie rebelă, cu transpirații abundente, expectorație și tuse. Nu mai poate dormi decît pe două perne. Într-o scrisoare adresată surorii sale, Laura Surville îi scrie: «frigurile de prin ținuturile acestea sînt celebre; cine a contractat febra moldovenească*, îi păstrează urmele toată viața». La fel îi vorbește Zulmei Carraud despre «această febră blestemată». Să fi fost oare o febră palustră? Oricum, Balzac a încredințat posterității numele Moldovei, rostit cu spaimă, în legătură cu frigurile pe care le credea de origine exotică.

În 14 martie 1850, simțindu-se mai bine, are loc cununia religioasă a lui Balzac cu Eva Hanska în bisericuța din Berdicef. Dar, scrisorile trimise în această epocă lui Nacquart nu pot ascunde îngrijorarea asupra sănătății sale. El care visase treisprezece ani la această clipă, își dă seama că patul nupțial va deveni un pat al morții. Drumul la întoarcere în Paris a fost un chin; crizele de dispnee și astm au devenit din ce în ce mai dese.

La sosirea lui în Paris, doctorul Nacquart îngrozit de starea deplorabilă în care l-a găsit, s-a grăbit să convoace un consult cu somitățile vremii: profesorii Louis, Fouquier și Roux (acesta din urmă va prezida teza de doctor în medicină a lui Davila). Medicii au ordonat: sîngerări, ventuze scarificate, purgative și diuretice. Interogat de Victor Hugo, unul din consultanți, i-a mărturisit acestuia că nu-i acordă lui Balzac mai mult de 6 săptămîni de viață.

Au urmat pierderi trecătoare de conștiență, tulburări de vedere (probabil din cauza uremiei) și treptat Balzac a intrat în subcomă. În cursul delirului își chema ca pe niște prieteni intimi, personajele «Comediei umane». Ultimele lui cuvinte au fost: «numai Bianchon m-ar mai putea salva».

* Teza doctorului N. Negură susținută la Berlin în 1856 era intitulată «De febre Moldaviensi»

JEAN BOUILLAUD (1796-1881)

Acest Horace Bianchon, nume de medic des întîlnit în romanele lui Balzac, prieten cu Rubempré și Rastignac, celibatar convins și misogin, amic al scriitorilor și familiar al saloanelor, a fost identificat de mulți dintre comentatorii operei lui Balzac, cu profesorul Jean Bouillaud (1796—1881), cunoscutul cardiolog, de numele căruia este legată endocardita valvulară reumatismală. În sprijinul acestei afirmații aproape consensuale se aduce, între altele, răspunsul lui Bouillaud dat unui coleg pe culoarele Academiei de medicină, care l-a întrebat: «L-ați citit pe Balzac?» — «L-am cunoscut pe acest romancier căci pe vremea studenției am frecventat aceeași pensiune; știu că a vorbit adesea despre mine în cărțile lui, dar se înșeală atunci cînd afirmă că am fost elevul preferat al lui Dupuytren. Maestrul meu, în acea vreme, era Broussais....».

Desigur că nu există scriitor care inspirîndu-se, în creionarea personajelor sale, din realitate, să nu amestece trăsături morale și fizice împrumutate de la mai mulți eroi. Așa s-a întîmplat desigur și cu figura lui Bianchon;

GUILLAUME DUPUYTREN (1777—1835)

ea are de pildă asemănări cu un oarecare dr. Mardochée Marx, prieten cu Balzac, care fusese discipolul, confidentul și amicul intim al lui Dupuytren. Merită să întîrziem în evocarea acestui personaj, deoarece Bianchon ne dă prilejul să readucem în actualitate figura uriașă a marelui Guillaume Dupuytren (1777—1835) așa cum se desprinde ea dintr-o nuvelă a lui Balzac «Liturghia ateului».

Dupuytren, de la a cărui moarte se împlinesc 140 de ani, rămîne creatorul celebrei școli chirurgicale din Paris. Clinician remarcabil, operator măiastru, el provenea dintr-un mediu de țărani săraci din Limousin și se ridicase la cele mai înalte onoruri: avere și celebritate, datorită inteligenței și ambiției lui remarcabile. Spirit original și independent, Dupuytren avea toate trăsăturile care să atragă atenția romancierului asupra sa. Dar la toate aceste amănunte, se mai adaugă unul: materialismul științific dublat de un ateism neînduplecat, ale lui Dupuytren.

Din totdeauna, Balzac a fost privit ca un catolic convins. În realitate, catolicismul lui era, așa după cum subliniază François Mauriac, «o poziție pragmatică, un sistem de reprimare a tendințelor depravate ale omului». Prin natura și temperamentul lui pozitive, interesul pentru realizările științifice, gustul pentru real și spiritul ascuțit al observației, el a demonstrat în permanență tendințele științifice ale formației sale. Numele naturaliștilor: Cuvier, Buffon, Geoffroy, Saint-Hilaire revin frecvent sub pana sa (romanul «Père Goriot» este dedicat lui G. Saint-Hilaire). Cine nu cunoaște pasiunea lui Balzac pentru tratatele de frenologie ale lui Gall și de «fiziognomie» a lui Lavater. Gustul pentru aceste elemente științifice în pătrunderea ființei umane i-a fost deschis, între alții și de prietenul și protectorul lui mai vîrstnic, medicul familiei, J. Baptiste Nacquart (1780—1859), membru al Academiei de medicină și autorul unui op despre «Noua fiziologie a creierului» în care acesta încerca să facă legătura dintre psihologie și fiziologie. Sufletul, afirma Nacquart, este sinteza unor elemente fizice și chimice. Și tot la recomandarea lui Nacquart, în 1822 Balzac își achiziționează cu mari sacrificii pecuniare, opera savantului elvețian Lavater, care se bucură între altele și de aprecierea admirativă a lui Goethe. Această carte intitulată «Fisiognomia» (arta de a cunoaște oamenii după înfățișare) a devenit o adevărată biblie pentru Balzac. Multe din romanele lui anterioare se vor intitula Fiziologie... a căsătoriei; a toaletei; a gastronomiei etc. Într-unul din romanele sale Balzac notează: «Discipolii acestor doi oameni celebri (Lavater și Gall) dispun de semne după care se poate descifra gîndirea cuiva: obiceiurile, scrisul, vocea, comportarea» etc. Iar «Comedia umană» nu urmărea în fond decît realizarea «unui sistem unitar asupra omului» în care morala să se reducă la știința moravurilor, iar literatura la invenția adevărului prin analogie».

Iată de ce, ghidat de această optică în care erau implicate o perspectivă materialistă pe de o parte și un acut spirit de observație pe de alta, Balzac avea să fie zguduit de moartea lui Dupuytren. «De la Saint-Eustache pînă la cimitirul de la Père Lachaise se înșiruiau muncitorii și studenții ca să conducă cu piozitate sicriul lui Dupuytren, căci acest om aspru și orgolios, era adorat de oamenii mărunți». La cîteva luni de la această înmormîntare a lui Dupuytren apare «Liturghia ateului», în care figura marelui chirurg era prezentată

sub numele de Desplein, ca un savant a cărui știință și glorie fiind inatacabile, dușmanii și invidioșii se agățau de bizareriile caracterului său. «Printre enigmele pe care viața lui Desplein le prezintă în ochii contemporanilor, noi am ales una dintre cele mai interesante» scria Balzac.

Surprins de elevul său Bianchon pe cînd intra în biserica Saint-Sulpice la ora liturghiei, marele chirurg îi mărturisește că el, ateul convins, face acest gest de piozitate în amintirea și la rugămintea unui amărît de Auvergnat, distribuitor de apă cu donița, care îl ajutase în vremea de mizerie a studenției și care pe patul de moarte îl implorase să facă acest gest pentru odihna sufletului său drept-credincios.

J. BAPTISTE NACQUART (1780—1859)

«Medicul de țară» această capodoperă a lui Balzac, începutul de fapt al romanului realist balzacian, a fost scris în 1833. Era un moment de vajnică creație în viața lui, căci așa după cum mărturisește într-una din scrisorile sale «Trăiesc într-un vîrtej de gînduri, de idei, proiecte și lucrări, de concepții care se încrucișează, fierb, scînteiază în mintea mea, pînă a mă înnebuni». Era adevărat, căci așa după cum relatează Laura Surville, la această dată, după terminarea acestui roman, autorul a fost iluminat de concepția unui ciclu de romane care să închege «Comedia umană». Acesta a fost romanul care i-a revelat conștiința geniului său, a operei care avea să se înalțe ca o cetate, treptat, din bruma estompată a aurorei.

Cum a luat naștere acest roman? În 1832 Balzac este răsturnat dintr-o șaretă pe pavajul Parisului. La recomandarea lui Nacquart care îi interzice să mai scrie și îl trimite la odihnă și tentat de avansurile marchizei de Castries, Balzac se îndreaptă spre Aix-les-Bains, în speranța că vor pleca de acolo, împreună, într-o lungă idilă prin Elveția și Italia. Dar marchiza de Castries își uită angajamentul și Balzac, dezgustat de marchiză și dezamăgit, rămîne locului sedus de plimbările și peisajele regiunii. Cuprins de melancolie, începe să priceapă farmecul izolării, al vieții cîmpenești și al devotamentului pentru cei amărîți. Acestea au fost circumstanțele care au dus la creația figurii doctorului Benassis, medicul izolat de lume din cauza unei răni sufletești și care s-a dăruit cu atîta abnegație misiunii lui. Balzac formulează în acest roman visul unei existențe închinate oamenilor...

«Viitorul rezidă în omul social» declară doctorul Benassis. «Dacă fiecare s-ar gîndi numai la interesele sale și n-ar avea încredere decît numai în el, cum am mai putea întîlni bravura civică, știut fiind că această virtute reclamă renunțarea la tine însuți».

Așa se încheie aceste pagini de larg umanism al lui Balzac.

Dr. S. HERIȘAN

Cum respirăm

Așa se intitula conferința pe care urma să ne-o țină medicul nouă, celor veniți la tratament în stațiune. Cînd am citit afișul, mi-a venit să rid. Auzi, ce subiect! Păi, dacă n-am ști cu toții să respirăm, și asta încă de cînd am văzut lumina zilei, în fața cui ar mai ține medicii conferințe? Special, ca să-i pun medicului întrebarea asta încuietoare, m-am dus la conferință.

Dar acolo, spre surprinderea mea, am aflat că într-adevăr nu știu să respir cum trebuie, că nu-mi folosesc plămînii la întreaga lor capacitate și că nici creierul nu mi-l oxigenez suficient. Am făcut, după sfatul doctorului, cîteva exerciții de inspirație profundă, cu toracele bombat, inhalînd aerul proaspăt și mirosind a brad care năvălea prin ferestrele deschise și m-am simțit deodată mult mai bine. După trei zile de exerciții respiratorii am ajuns la o asemenea performanță că uitasem pur și simplu pentru ce anume venisem la tratament. Înainte de plecarea din stațiune medicul m-a asigurat că respirația corectă a devenit la mine un act reflex și m-a felicitat.

Acum, cînd sînt din nou acasă, continui să respir în mod științific. Dimineața, o dată cu aerul răcoros, trag în piept un iz nedefinit, ceva care oscilează între ulei rînced, cauciuc ars și piele tăbăcită, emanat de la fabricile din cartier. La prînz, inspir mirosul de benzină din autobuz, iar seara, pe stradă, făcîndu-mi plimbarea dinainte de culcare, mă delectez cu parfumul gazelor de eșapament. Spre deosebire de atmosfera din stațiune, care era de o monotonie plictisitoare, ozon, ozon și iar ozon, aici mă bucur de mult mai multă variație. La serviciu, în toate birourile miroase a tutun. Pe scara A a blocului în care locuiesc miroase a ceapă prăjită, iar pe scara B, a varză acră. Dacă vreau, mă duc în parc, unde, pe malul lacului, pot să-mi umplu plămînii în voie cu miros de grătar încins și de mititei cu usturoi. Dacă nu, iau loc pe o bancă în scuarul din fața blocului, unde pot să mă bucur de o infinitate de mirosuri provenite de la resturile pe care madam Popescu, vecina mea, le aruncă pe geam, fiindcă ea e femeie curată și nu suportă gunoiul în casă.

Și așa, pe nesimțite, constat că revin la prostul obicei de a respira din ce în ce mai neștiințific, adică îmi folosesc plămînii din ce în ce mai puțin. Asta fiindcă sînt o inconștientă și nu țin seama de sfatul medicului.

— Ești cam circotașă, mi-a spus madam Popescu. Te plîngi de parcă ai mirosi gaze lacrimogene și nu mirosuri normale.

Atunci i-am vorbit despre capacitatea pulmonară, despre exercițiile de respirație yoga și despre necesitatea pătrunderii oxigenului în circulația sanguină. La care ea, răsturnînd de pe balcon o găleată plină cu coji de cartofi, mi-a replicat:

— Ce-mi pasă mie de bazaconiile astea? Aș mai fi eu atît de grasă și frumoasă dacă m-aș gîndi mereu la respirație ca dumneata, care arăți ca o scîndură?

Asta zic și eu întrebare încuietoare!

VERONICA BERTOLI

HAPURI RIMATE

Unui stomatolog

De Anul Nou, la masa mare,
Tu ne servești friptura tare.
Dar știm motivul, conștienți:
Dorești să-ți fim și pacienți.

Diagnostic pentru un nervos

Multe facultăți el are:
Drept, Chimie, Naturale.
Îi lipsesc dintr-o scăpare,
Facultățile mintale.

Unei măcelării neigienice

În zadar amenzi împarte
Sanepid-ul, fără jenă.
Bieții porci, nici după moarte
Nu au parte de igienă.

Unui medic care evită să facă teren

De mata, de-un timp încoace,
Spun bolnavii drept refren:
«Vrea nespus fotbal să joace,
Ca să iasă pe teren!»

Unei policlinici

Nu o fac pe pesimistul.
Dar arăt la voi cum e.
Pînă vine O.R.L.-istul,
Vai, ce zboară O.R.L.-!

Stomatologul și primăvara

S-a gîndit o leacă
Și de Întîi Mai
Ține să petreacă
Pe-o ...gură de plai.

Unui medic șahist

Cică, tu, șahist grozav
Și preocupat de mat,
Chiar și-atunci cînd ești bolnav
Nu accepți să intri-n pat.

Hercule și muncile lui

Sătul de-al muncilor calvar,
Ofta, sărmanul, mașinal.
Olimpul n-avea dispensar,
Să-și ia concediu medical.

Unui medic afacerist

Cum sosește primăvara,
Flori răsar în toată țara.
Deși toate sînt drăguțe,
Te uiți doar la «părălițe».

Unui stomatolog

Pe pacienți, de revelion,
Îi suni pe rînd, la telefon
Ca să urezi la fiecare
Un «La mulți ani» de așteptare.

Dialog la un dispensar

— La matale care-i baiul?
— Mă încearcă guturaiul.
Ce să iau, să nu persiste?
— Ce să iei? Niște batiste!

Unui medic posesor de mașină

Cînd motorul s-a gripat
La mașină, imediat
Te-ai gîndit, dîndu-i ocol:
— Ia să-l ungem cu «Carmol»!

La o farmacie

— Spuneți, a venit «Diana»?
Și răspunde fetișcana,
Cu o voce adormită:
— Nu! Și azi e învoită!

Unei surori medicale care întîrzie la program

Pe matale de soție
Te-aș lua, zău, cu plăcere.
Dar — mă tem —: la cununie
Că vii tot cu-ntîrziere.

Unui medic

Doctor bun, cu pregătire,
El ascultă lume multă.
Din păcate, la venire
Doar orarul nu-l ascultă.

Unui pacient fricos

De la o vreme, te simțeai bolnav,
Dar nu credeai să fie lucru grav,
Încît, cînd doctorul te-a prevenit
Că ai un icter, te-ai îngălbenit.

Epitaf

În sicriu stă nemișcat
Vechiul meu vecin de bloc,
Care limba și-a mușcat
Și s-a otrăvit pe loc.

Eșec medical

În zadar s-a dus grăbit
La «Bolnavu-nchipuit»
De vreo cinci ori, spunînd că
El precis îl vindecă.

V. D. POPA

consultație medicală

Medicul *(către pacientă, care duce la subțioară un coș):* Ei, ce-ai rămas în ușă? N-o să-mi pierd toată ziua aici la dispensar. Vorbește. Ce ai?

Pacienta *(sfioasă):* Am o răceală, tovarășe medic.

Medicul: Eu te întreb ce ai în coș.

Pacienta: 20 de ouțe și o găinușă...

Medicul: Stai jos pe scaun, să te consult. Ce spui că ai?

Pacienta: Răceală.

Medicul: Dar un purcel n-ai?...

Pacienta: N-am.

Medicul: Nici eu. Și-mi trebuie. Să-ți iau pulsul...

Pacienta: Vă rog să-mi luați și temperatura...

Medicul: Fii fără grijă, lele, că-ți iau și temperatura, și pulsul, și tensiunea, și ouțele și găinușa. Îți iau tot, ca să nu faci complicații...

Pacienta: Mi-e nasul înfundat. Nu mai simt nici un miros.

Medicul: Cîți bani ai în buzunar?

Pacienta: 40.

Medicul: Scoate-i și dă-i încoace.

Pacienta *(se conformează):* De ce?

Medicul: Păi nu știi că banul n-are miros? Asta te deranjează. Porți boala cu dumneata și habar n-ai... *(strecoară banii în buzunar).* Așa, mulțumesc... Banii ăștia nu-s pentru mine.

Pacienta: Dar pentru cine?

Medicul: Pentru găinușă. Să-i cumpăr grăunțe *(îi ia și găinușa).*

Pacienta: Îmi prescrieți niște picături?

Medicul: Nu-i nevoie. Pică și fără ele. În orice caz, mai treci pe aici, la consult.

Pacienta: Cînd, tovarășe medic?

Medicul: Cînd se mai ouă găinușele... Altul la rînd... *(lese pacienta și intră un pacient).* Dumneata, bade?

Pacientul: Tușesc, tovarășe doctor. Tușesc cînd din gît, cînd din piept.

Medicul: Rău. la tușește puțin și din buzunar, că banii circulă din mînă în mînă...

Pacientul: Și?

Medicul: Și sînt plini de microbi. Atîta igienă nu cunoașteți? O hîrtie de 5 lei are 5 microbi, o hîrtie de 10, are 10 microbi, o hîrtie de 25, are 50 de microbi...

Pacientul: 25 de microbi...

Medicul: 50, că se molipsesc unul de la celălalt și se dublează... așa că, ia scoate microbii din buzunar și dă-i la mine, ca să-i dezinfectez. Numără aici 50 de viruși...

Pacientul *(scotocindu-se):* N-am decît două hîrtii a zece microbi, și restul mărunți viruși de metal... Poftim epidemia *(și-i dă banii).* Și cu tusea cum mă descurc?

Medicul: Comprese calde cu spirt și frecții externe.

Pacientul *(arătînd o sticlă):* Mi-a adus fecioru-meu o sticlă cu țuică. E bună?...

Medicul *(însușindu-și sticla):* Vrei să te nenorocești? Eu ți-am prescris frecții externe. Asta-i pentru frecții interne... La revedere bade. Următorul. *(lese pacientul și intră o altă pacientă).* Ce necazuri, leliță?...

Pacienta: Aprindere de plămîni, mi se pare.

Medicul: Aprindere? Poate ești în vorbă cu vreun pompier?

Pacienta: Nu, păcatele mele. M-a mai consultat un medic.

Medicul: Și ce ți-a spus?

Pacienta: Mi-a spus: «Zi 33».

Medicul: Foarte rău. Ăsta strică prețurile. Mie o să-mi zici 50... Ce? E mult? 25 de lei de plămîn!...

Pacienta: Noroc că omul are numai doi plămîni! Că dacă avea 10, cîte degete are, trebuia să-mi scot banii de la C.E.C.... Ei, mă consultați?

Medicul: Sigur, cum altfel?...

Pacienta: Aseară am avut temperatură. 38...

Medicul: 38? Perfect, dacă mai adaugi încă 12, fac exact 50, cît ți-am cerut eu... Dar în traistă ce ai?...

Pacienta: Un cocoș...

Medicul: la să-l consult și pe el... O fi bolnav. Răgușit. Că nu-l aud cîntînd «cucurigu».

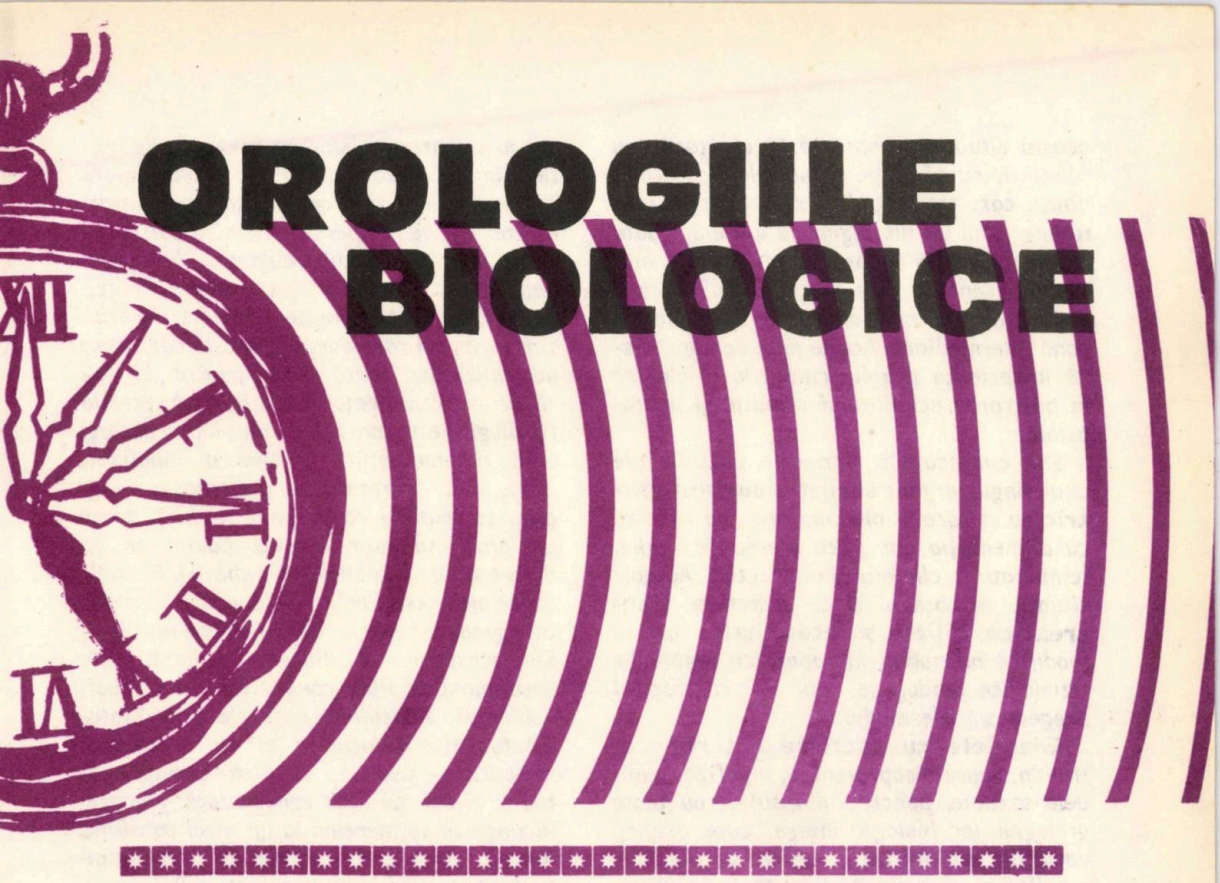
Pacienta: Ba cîntă... ascultați!... *(și începe a face: «cucuriguu» din ce în ce mai tare).*

Medicul *(îngrozit, își astupă urechile):* Hoo! Destul!... Se aude pînă în stradă!

Pacienta: Ba să se audă pînă la centru! Pînă la primărie!... Cucurigu boieri mari, nu consultă fără bani!... Cucurigu... cucuriguu..

Medicul *(sfîrșit):* Mi-au mîncat covrigu!...

I. EVIAN



OROLOGIILE BIOLOGICE

Ritmul biologic este repetarea periodică a unui fenomen organic. Dacă repetarea survine la 24 de ore, acest ritm biologic se numește **circadian** *(numele acesta se trage din două cuvinte latine:* **circum**= *aproximativ și* **die**=*zi). Există și alt gen de ritmuri în natură, ca de exemplu alternarea zilelor și a nopților. Ritmul poate fi neregulat, ca cel al fluxului și refluxului mării; acesta nu are perioade fixe, iar cauzele care îl generează nu sînt în întregime cunoscute. Soarele însuși, părintele vieții cosmice, are oscilații în cantitatea și intensitatea undelor magnetice și electrice pe care le emană sub influența exploziilor solare.*

Ca și natura, viețuitoarele au ritmul lor biologic, **bioritmul.** *Mișcările respiratorii se produc periodic și automat; contracțiile inimii sînt și ele periodice, în funcție de temperatură, tensiunea arterială, dar și de alți factori care n-au putut fi determinați încă; nici temperatura corpului în stare normală nu este constantă, în linie dreaptă, ci are oscilații în funcție de elementele meteorologice, ambianță, starea nervoasă. Bioritmurile sînt caracteristice pentru fiecare funcție sau fenomen biologic, ca și cum ar exista un orologiu intern care le comandă.*

Cel mai răspîndit și cunoscut în lumea animală este **ritmul somn-veghe,** *legat de ritmul întuneric-lumină, dar fără să depindă exclusiv de el. Nu toate animalele au somnul profund, reparator al omului sănătos. Cele care trăiesc în preajma lui au un somn asemănător cu al omului; alte animale au numai o stare de somnolență superficială, transmisă ereditar, din nevoia de a se putea apăra de dușmani. Există animale care au o activitate mai mare în timpul nopții, cum sînt păsările de pradă sau liliecii.*

Perturbarea ritmului întuneric-lumină produce o serie de tulburări: de somn, de atenție, de discernămînt și judecată. A-

această situație se observă la călătorii sau piloții de cursă lungă și mai ales la cosmonauți, care trec rapid în zone cu altă latitudine și cu un alt regim de lumină. Toate aceste tulburări se produc mai rar și mai puțin accentuat cînd trecerea nu se face brusc sau se intercalează o haltă într-o zonă intermediară. Aceste date demonstrează importanța și rolul ritmurilor biologice în păstrarea echilibrului somatic și neuropsihic.

Sînt cunoscute și ritmurile parțiale ale unui singur organ: **secreția sucului gastric** *nu se face în mod uniform, ea variază cu alimentația dar și cu starea de veghe, temperatura, climatul și alți factori. Aceeași situație se observă și cu secrețiile:* **pancreatică, biliară** *și* **intestinală,** *care se modifică nu numai în raport cu legăturile fiziologice endogene, dar și cu factori exogeni sau de mediu.*

Glandele cu secreție internă *ca: tiroida, capsula suprarenală, hipofiza, glandele sexuale, pancreasul insular, au toate orologiul lor biologic intern, care explică variațiile cantitative și calitative ale hormonilor și secreția ondulantă a acestora. S-a putut constata că enzimele care întrețin tonusul vascular, ca aldosteronul și dopamina, au un maximum de secreție între orele 11,30 și 17,30, iar minimum în jurul orei 21. Cortizonul are și el o secreție ondulantă, care se repercută asupra funcțiilor proprii (metabolice și circulatorii), dar și asupra funcțiilor hipofizei, cu care este în echilibru reciproc; rolul hipofizei — acest mic organ care cîntărește mai puțin de un gram — este foarte important, căci conduce și stimulează toate glandele cu secreție internă și face legătura lor cu creierul, acest conducător al vieții de relație, de nutriție și a celei spirituale.*

Nu este lipsit de interes să se cunoască și să fie utilizat ritmul de secreție al glandelor endocrine. Cortizonul, secretat de capsula suprarenalelor, se prepară și sintetic, în laborator, fiind un medicament adeseori salvator. Poate avea însă uneori efecte nocive (hipercorticism, acutizarea unor infecții, a tuberculozei, diabetului zaharat etc.), mai ales cînd se administrează în tratamente prelungite; efectele nedorite sînt mult mai rare dacă, în aceste cazuri, se administrează toată doza, pentru 24 sau 48 de ore, dimineața la ora 8, cînd secreția fiziologică este mai mică, inhibînd în același timp hipersecreția reactivă a hipofizei.

Insulina, secretată de pancreasul endocrin, se poate și ea prepara sintetic, avînd un efect salvator asupra bolnavilor cu diabet zaharat («boală de zahăr»). Formele grave ale acestei boli se soldau cu o mortalitate grea, înainte de descoperirea insulinei. S-a constatat că diabetul zaharat este determinat de lipsa congenitală, sau uneori dobîndită, a insulinei naturale și că tratamentul este înlocuirea ei cu o insulină sintetică — asociată cu dieta corespunzătoare, în așa fel încît concentrația glucozei în sînge să se mențină la un nivel constant. Ritmul biologic de secreție al acestei importante enzime este ondulant, avînd uneori scăderi catastrofale. Determinarea glucozei în sînge și în urină reprezintă o oglindă a secreției de insulină naturală. Tratamentul acestor cazuri grave de diabet zaharat — care survine mai ales la oameni tineri — se face fie prin administrarea de insulină obișnuită cu 1/2 oră înaintea meselor principale sau cu insulină depozit, asociată cu insulină normală (căci cea de depozit acționează abia după 4 ore), pentru a evita variațiile glicemiei și tulburarea ritmului ei biologic.

Aceste două secreții interne importante, cortizonul și insulina, sînt o dovadă de progresul realizat în medicină prin studiul bioritmurilor.

Dr. G. RUSSO

SPEOLOGIA

și aportul ei în studiul complex al organismului uman

Primii pași în studiul geologic al grotelor au fost marcați de observațiile științifice de pionerat ale savantului român Emil Racoviță. Dar, începînd din anul 1962, medici, biologi și psihologi au început să-și îndrepte interesul spre această știință, animați de alte preocupări, în legătură cu efectul izolării subterane prelungite asupra fiziologiei și psihologiei individului. Recursul la programe speciale ale calculatoarelor electronice, la o aparatură de o tehnicitate complexă (encefalograf, electrocardiograf) și la investigații clinice și biologice speciale, a permis culegerea unor date prețioase asupra organismului omenesc, plasat în condiții de izolare absolută și prelungită.

Michel Siffre, Josie Laurès, Toni Senni, urmați de încă alți voluntari, au fost primii speolonauți; izolați vreme îndelungată (cîteva luni) într-un mediu mineral, imobil, constant și adîncit în obscuritate, lipsiți de orice reper cu privire la cursul timpului, ei aveau să confirme, în primul rînd, existența unor

SPEOLONAUTUL M. SIFFRE LA DEL RIO (5 SEPT. 1972),

ritmuri biologice naturale la om. Aceste experienţe au permis să se stabilească, în mod indiscutabil, că ritmurile biologice sînt endogene, cu alte cuvinte că ele sînt înnăscute, produse de organism şi fără legătură absolută cu timpul măsurat în ore. Fiecare individ îşi are un orologiu biologic propriu, care atunci cînd este modificat în mod brutal, antrenează serioase perturbări în viaţa biologică şi sănătatea omului.

Astfel, pentru Michel Siffre, acest ritm biologic s-a arătat a fi de aproximativ 24 de ore şi jumătate. În cursul experienţelor la care au fost supuşi Senni şi Laurès (1964—1965) în grotele din Alpii maritimi, s-a constatat alungirea acestui ritm la 48 de ore, devenind astfel bicircadian. Senni putea să doarmă 13 ore şi să rămînă apoi treaz, între două somnuri, mai mult de 30 de ore.

Speolonauţii au contribuit la o mai bună cunoaştere a tainelor somnului. Pe baza experienţelor întreprinse asupra lor de Jouvet de la Lyon, s-a făcut demonstraţia că durata perioadei de vis (somnul paradoxal) creşte atunci cînd activitatea care îl precede este mai intensă. Această constatare confirmă ipoteza după care visul are menirea de a consolida memoria, precum şi aceea de a înregistra achiziţiile recente ale scoarţei cerebrale.

Jouvet a mai putut constata apariţia la Laurès a unui fenomen tulburător: în timp ce aceasta se găsea în plină perioadă de activitate, capabilă să răspundă perfect la toate testele privitor la atenţie, a căzut brusc şi pe neaşteptate într-o stare de somn profund. Analiza undelor E.E.G. înregistrate a demonstrat că această trecere din starea de veghe în aceea de somn se făcea nemijlocit, fără să mai parcurgă perioda tranzitorie de aţipire. Somnul cu vise, adică paradoxal, apare de asemenea la subiecţii obosiţi. Acest fenomen, bine cunoscut astăzi, constituie una din explicaţiile accidentelor ce se abat asupra automobiliştilor lansaţi pe o şosea monotonă.

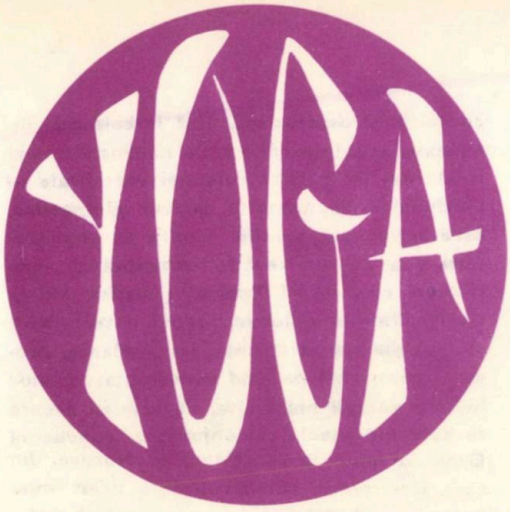
Universul speologic, întunecat, ostil, umed, îngheţat şi uniform în care au trăit luni de zile speolonauţii, îi lipseşte pe aceştia de toţi acei stimuli cu care este obişnuit creierul uman şi le provoacă o veritabilă «foame de senzaţii», susceptibilă să conducă uneori pînă la apariţia de halucinaţii. Senni (1964) se simţea devenind mic cît o muscă şi a fost cuprins de o aritmie cardiacă, ce nu şi-a găsit explicaţii pînă în zilele noastre. Alt fenomen interesant: subiecţi ca Siffre de exemplu, reputaţi ca avînd un temperament rebel, aspru şi dictatorial, deveneau în grotă, treptat, de o docilitate exemplară. Această constatare ridică multe întrebări: care era temperamentul lui primitiv? oare comportarea rebelă care îi revenea la cîteva luni de la ieşirea din grotă nu traducea de fapt reacţia de apărare declanşată de stimuli sociali?

Pierderea noţiunii de oră, ca de altfel şi estomparea senzaţiei de gust, sînt puse pe seama unui deficit de memorie. Endocrinologii care au urmărit în permanenţă secreţiile glandulare ale speolonauţilor atribuie aceste fenomene unei tulburări care are loc în producerea hormonilor 17-cetosteroizi secretaţi de corticosuprarenală şi testiculi. Aceştia ar interveni în metabolismul proteinelor şi perturbarea lor antrenează o desincronizare a ritmului circadian al individului.

S-au mai făcut şi alte observaţii interesante: apariţia unei miopii progresive, dezvoltarea în schimb a unei acuităţi vizuale sporite la întuneric.

După cum se vede, speologia, disciplină sintetică nouă, vine să contribuie cu date interesante la soluţionarea multora din tainele care mai greveză biologia omului.

ALINA HAŞ



Dr. I.N. RIGA, doctor în științe medicale, medic primar O.R.L.

Președintele comisiei medicale Yoga din Ministerul Sănătății

De la o vreme ziare și reviste, radio și televiziunea din țara noastră și din lumea întreagă, reflectă și chiar stimulează interesul pentru diferite probleme de Yoga. Și astfel am aflat că practici yoghine au fost incluse în programul complex de antrenament al cosmonauților, al unor intelectuali, savanți și artiști cu renume, al unor sportivi de mari performanțe, al unor conducători politici, ca și al unor grupuri militare, precum și în unele recomandări medicale de tratament.

Cercetînd cauzele profunde ale îmbolnăvirilor omului contemporan, medicina a constatat că, paralel cu depășirea treptată a etapei de stăvilire a bolilor molipsitoare, evoluția vieții moderne impune o activitate mentală și psihică mai mare ca cea fizică, în toate sectoarele de muncă. Și astfel, trupul omului suferă acum îmbolnăviri de uzură (aparent paradoxală); pe de o parte, prin nefolosirea anumitor grupuri musculare și de organe împreună cu nervii și vasele lor (care rămînînd cu o oxigenare și o alimentare deficitare, provoacă o intoxicare generală latentă, cu simptome variate) iar pe de altă parte, prin persistența ancestralului instinct de teamă a omului înconjurat de un mediu natural ostil, instinct care se exacerbează provocîndu-i stare de anxietate cu manifestări de nevroză și consecințe organice variate.

În acest context — pentru a înțelege cum poate fi integrată concepția anatomofiziologică yoghină complexului de măsuri ce se referă la călirea organismului și la prevenirea factorilor cauzatori de boală — să precizez mai întîi, ce este Yoga. Cuvîntul derivat din limba sanscrită, înseamnă «unire», unirea armonioasă a energiei nespecifice din natura exterioară cu potențialul de funcționare specifică a organelor interioare din corpul omenesc; aceasta rezumă sistemul yoghin. Vechi de 6000—8000 de ani în India (dar cu elemente răspîndite pe tot pămîntul, încă din vremuri străvechi, cuprinse în folclorul popular, chiar și de la noi) el se întemeiază pe un grup de procedee, referindu-se la: norme de igienă generală, unele caracteristici alimentare, anumite ritmuri respiratorii prin ambele nări, concomitent sau alternativ, controlul conștient și interiorizat al circuitelor vitale desfășurate atît prin cele două lanțuri nervoase (simpatic și parasimpatic) din torace și abdomen, cît și prin un al treilea lanț din măduva spinării care, de obicei, funcționează inconștient și, prin plexurile neuroendocrine, care folosite adecvat mențin echilibrul organelor. Aceste procedee sînt sincronizate între ele, în cursul anumitor poziții autocontrolate de gimnastică, riguros adaptate la tipul uman și la necesarul evoluției sale.

În cursul mileniilor, discipline morale sau credințe și ritualuri mistice s-au suprapus tehnicilor bio-energetice yoghine determinînd unele erori peiorative sau superlative datorită interpretărilor celor insuficient pregătiți, dar și diversității școlilor yoghine, care au dezvoltat una sau alta dintre proceduri, aidoma specialităților medicale moderne.

Plecînd de la observația simplă că cele mai multe animale, care trăiesc în conformitate cu legile naturii, au o perioadă de creștere foarte scurtă, urmată de un stadiu adult de aproape opt ori mai mare, după care intră într-o fază de declin și mai redusă decît prima etapă — yoghinii susțin că se poate prelungi stadiul de sănătate și viața utilă prin reintegrarea organismului omenesc în ritmul lui firesc, ritmul naturii al cărui produs este...

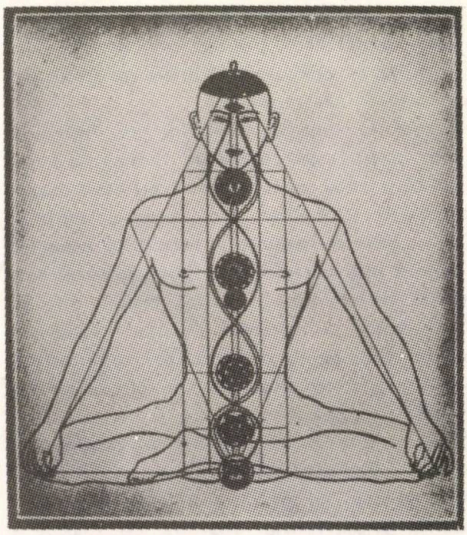
Rezultatele procedurilor yoghine au uimit pe cercetătorii care le-au verificat obiectiv: modificări treptate și autodirijate ale meta-

Rețeaua sistemului de circulație yoghină a energiei naturale

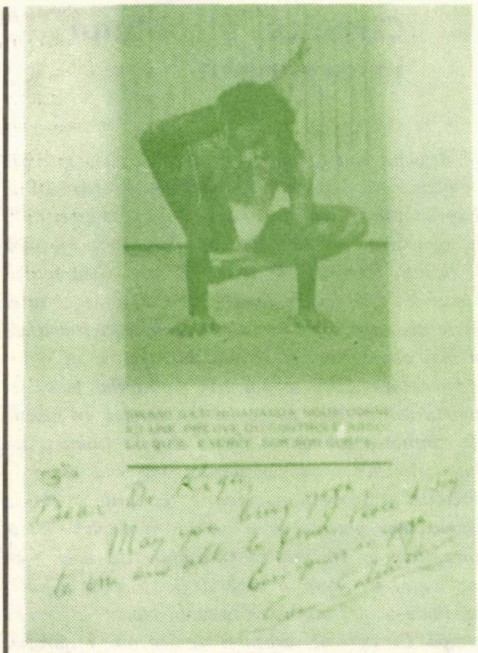
bolismului general, prin încetiniri sau chiar opriri îndelungate ale respirației sau ale unor sectoare din circulația sîngelui, creîndu-se astfel mari presiuni interne și condensări electromagnetice, generale sau locale, manifestate prin regenerare fizică (rezistență la îmbolnăviri sau vindecarea lor fără adjuvante medicamentoase), ca și printr-o deosebită dezvoltare psihică.

În esență, organismul omenesc, ale cărui aptitudini au fost în prealabil riguros individualizate și purificate (moral, alimentar etc.), își poate selecționa prin practicarea diferitelor tehnici yoghine «energia naturală», nespecifică, din mediul înconjurător și o poate transforma în «energie umană» specifică, iar prin rețeaua sistemului nervos o poate dirija, conștient și descendent, pînă la cele mai inferioare «centre» (plexurile neuroendocrine moderne) de la baza coloanei vertebrale — ajutîndu-se de anumite poziții gimnastice, care acționează specific asupra acestor plexuri, puse concomitent în rezonanță cu unele ritmuri respiratorii speciale. Astfel, «forța vitală» din aceste plexuri poate fi determinată să iasă din starea latentă, inconștientă, provocîndu-se, rînd pe rînd redeșteptarea unor imense energii nefolosite, de aceeași esență cu cele din mediul înconjurător, conducînd Omul la reunirea conștientă cu Natura, din care face parte, conferindu-i în acest mod imense posibilități de auto-control și autodepășire.

În funcție de valențele individuale, aceste rezultate se pot obține după o practică de cîteva luni, sau ani. Dar, vreau să accentuez că Yoga nu este o pilulă care poate fi înghițită de oricine, oricînd și cu efecte instantanee și definitive, pentru că diferitele procedee (gimnastică, respirație, alimentare) pentru revitalizare (reîncărcare energetică), trebuie riguros individualizate și chiar, la o aceeași persoană, modificate după etapele evoluției sale în cursul vieții.



Se poate vorbi de pe acum despre o terapie yoghină intrată în practica medicală în unele afecțiuni. În foarte multe țări, ca și la noi în

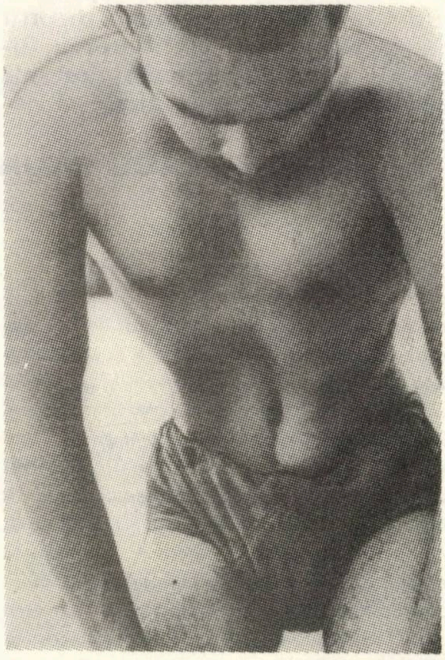


Maestrul yoghin Swami Satchidananda, în vîrstă de peste 70 ani, într-una din pozițiile sale de predilecție

cîteva spitale, practicile gimnastice și respiratorii yoghine au fost introduse, fie ca atare, fie în combinație cu proceduri medicamentoase specifice, ca de pildă, perfuzii de glucoză, ingerarea unor droguri (ex. encephabol) împreună cu exerciții de hiperpnee (respirații ample cu reținerea aerului în plămîni, sub presiune), în anumite cazuri de astenii nervoase și tulburări cerebrale. Utilizate astfel, procedurile yoghine pot fi de o mare utilitate în prevenirea sau tratamentele bolilor al căror substrat este degenerarea omului contemporan datorită stressurilor provocate de mediul înconjurător.

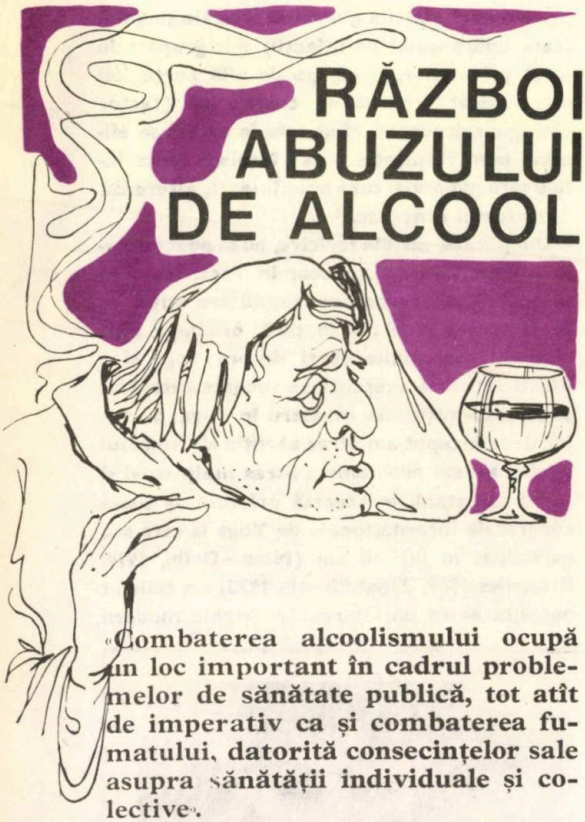
Și iată cîteva justificări. Uzual, plămînii sînt folosiți doar cu o zecime din capacitatea lor de curățire a organismului! Știind însă că, pe de o parte 2/3 din globulele albe ale sîngelui (care apără omul de infecții) sînt grupate în jurul plămînilor, și că, pe de altă parte, cel mai ridicat procent de colesterină (factor biologic sclerozant, cînd este în exces) se elimină prin respirație — se înțelege lenta intoxicare generală, care acumulează, alterează organismul omenesc.

Din păcate, sau din fericire, nu se poate acorda o diplomă de instructor în Yoga, așa cum se acordă un carnet de conducere auto. În toată lumea și la noi în țară, oricine a citit una sau mai multe cărți despre Yoga și a practicat unele exerciții, se socoate autorizat să se auto-intituleze maestru în Yoga; de altfel, de la început am atras atenția că interesul pentru aceste probleme a atras mulți naivi și mulți șarlatani. În această privință, la toate congresele internaționale de Yoga la care am participat în ultimii ani (New – Delhi, 1970, Bruxelles 1969, Zinal-Elveția 1973) s-a reliefat necesitatea ca un instructor yoghin modern



să aibă în afară de o vastă experiență autentică a acestor practici specifice, și vaste cunoștințe din medicina contemporană.

RĂZBOI ABUZULUI DE ALCOOL



«Combaterea alcoolismului ocupă un loc important în cadrul problemelor de sănătate publică, tot atît de imperativ ca și combaterea fumatului, datorită consecințelor sale asupra sănătății individuale și colective».

Prof. dr. RADU PĂUN

De la un păhărel, la abuzul de alcool

Nu avem date exacte care să precizeze anul de cînd alcoolul și-a semnat primele state de existență pe planeta noastră. Au băut și fenicienii, au lăudat calitățile vinului și vechii greci, au chefuit și romanii, s-au delectat cu aroma băuturii și vikingii și consumăm alcool și în epoca noastră cu fiecare «prilej festiv». Numai că omitem două aspecte destul de importante: felul băuturii și cantitatea consumată, mai ales cînd acest așa-zis «cadru festiv» devine o obișnuință. Și chiar dacă «Asociația prietenilor vinului» din Franța, ori aceea a «Consumatorilor de bere» din R.F. Germania sau «Cercul amicilor whisky-ului» din S.U.A. susțin că omul trebuie să aibă zilnic astfel de sărbători, prilej «fericit» de a consuma alcool, noi nu trebuie să dăm ascultare unor chemări care conduc spre abuzul de alcool.

Circuitul alcoolului în organism

Alcoolul luat ca atare înseamnă o gamă întreagă de băuturi cu o anumită concentrație de alcool etilic. Exprimat în procente înseamnă: 3—4% în bere, 10% în șampanie; 8—12% în vin; 35—40% în țuică și lichior, 50—60% în coniac și rom. Consumarea alcoolului sub una din formele de mai sus, face ca el să se absoarbă repede la nivelul mucoasei stomacale și mai ales la nivelul intestinului, trecînd în sînge. Aproximativ 20% se absoarbe la nivelul mucoasei stomacale, iar 80% la nivelul intestinului. În funcție de cantitatea consumată, însuși sîngele devine o soluție alcoolică, mai concentrată sau mai diluată; circulînd prin organism, organele, țesuturile și celulele devin impregnate cu alcool. Ajuns la nivelul țesuturilor, cam la 1/2 oră de la consumarea unei doze moderate, el suferă o serie de modificări chimice, oxidîndu-se și transformîndu-se în bioxid de carbon și apă. Bioxidul de carbon se elimină prin respirație, iar apa pe cale renală.

În general, la un consum mare de alcool absorbția se face mai rapid și fenomenul de beție apare prompt. Totodată mai trebuie reținut și faptul că o băutură cu cît este mai concentrată cu atît se absoarbe mai ușor. Și, bineînțeles că mai contează și faptul dacă a fost ingerată sau nu pe stomacul gol, pentru că absorbția este încetinită de mîncare în general și de grăsimi în special. Un alt lucru care mai trebuie reținut este acela care se referă la arderea alcoolului în organism: cu cît cantitatea sau concentrația acestuia în organism vor fi mai ridicate, cu atît arderea devine mai aprinsă, iar țesuturile, organele, celulele vor fi mai profund atinse. Consumînd zilnic alcool concentrat și în cantități mari, nu se pot face complet arderile, iar alcoolul rămînînd în contact prelungit cu organismul, produce serioase perturbări, afectînd ficatul, stomacul, inima, creierul. Multe ciroze hepatice, gastrite și hipertensiuni arteriale sînt consecința alcoolului consumat repetat sau în cantități mari. De aici, denumirea de alcoolic acordată aceluia care bea zilnic și care deci abuzează.

Consecințele sociale ale alcoolismului

În definiția acceptată de O.M.S. se consideră alcoolici acei băutori excesivi care consumă în mod

sistematic alcool, devenind dependenți față de el și care din acest motiv prezintă grave tulburări ale stării psihosomatice, cu repercusiuni asupra relațiilor interpersonale și asupra activității lor sociale. Așadar, alcoolismul este un factor principal de degradare umană. În multe țări s-a demonstrat relația care există între alcoolism și nivelul crescut al mortalității. Astfel, în Franța mor anual prin ciroză hepatică — urmare a abuzului de alcool, circa 20 000 de persoane, mult mai mult decît prin tuberculoză. În S.U.A. incapacitatea temporară de muncă datorită alcoolismului însumează anual peste 30 000 000 de zile, iar în Belgia s-a apreciat că circa 50% din accidentele de muncă în industrie sînt tot urmare a alcoolismului.

Și dacă la toate acestea am mai adăuga faptul că în lume circa 25% din accidentele de circulație se datoresc consumului de alcool de către conducătorii auto, că o bună parte din cauzele delincvenței își au originea tot în alcool, ca și numărul crescut de copii de alcoolici născuți cu malformații, ne dăm seama de ce trebuie să declarăm război alcoolismului. Pentru că, să nu uităm că existența pe glob a unei medicații antialcoolice și a unor clinici medicale și chiar spitale specializate în dezalcoolizare, fără o propagandă educativ-sanitară susținută, convingătoare, fără crearea unei opinii de masă, nu rezolvă problema combaterii alcoolismului.

Dr. Gh. M. GHEORGHE

10 PROBLEME 10 RĂSPUNSURI

știți cum să procedați corect ?

Vă prezentăm zece probleme cu caracter profilactic. Încercați să formulați răspunsurile corecte, comparîndu-le cu cele pe care le găsiți în pagina 102. Aveți astfel prilejul să vă reamintiți unele cunoștințe foarte utile.

Problema I

*

CÎND COPILUL REFUZĂ MÎNCAREA SAU MĂNÎNCĂ GREU, CU TOATE CĂ MEDICUL CONSTATĂ CĂ E SĂNĂTOS:

1. — Îl siliți să mănînce, ca să nu slăbească, amenințîndu-l cu bătaia sau cu alte pedepse?

2. — Îi promiteți diverse recompense, îi spuneți povești sau îl distrați în scopul de a mînca?

3. — Îl lăsați să flămînzească, riscînd să slăbească?

Problema II.

DACĂ AVEȚI NOPȚI DE INSOMNIE:

1. — Preferați să suportați starea de insomnie fără să luați medicamente calmante sau hipnotice, așteptînd ca somnul să se restabilească de la sine?

2. — Luați medicamente somnifere de care ați auzit întîmplător că sînt eficiente pentru combaterea insomniei?

3. — Considerați că din moment ce rezolvați în fiecare seară insomnia cu medicamentele utilizate, mai e necesar și un consult medical?

*

Problema III.

CÎND MERGEȚI PENTRU PRIMA DATĂ ÎN ANUL RESPECTIV LA ȘTRAND SAU LA MARE:

1. — Petreceți ziua aceea mai tot timpul la soare și în apă, în scopul de a profita cît mai mult de binefacerile razelor solare și ale apei?

2. — Stați în ziua respectivă doar puțin la soare și în apă și mai mult la umbră, cu toate că ați venit pentru plajă și băi?

*

Problema IV.

CÎND ÎN TIMPUL BĂILOR RECI LA ȘTRAND, ÎN MARE SAU ÎN RÎURI AVEȚI LA UN MOMENT DAT SENZAȚIA DE FRISON:

1. — Continuați să rămîneți în apă, considerînd că senzația de frig poate fi trecătoare și nu poate fi dăunătoare sănătății?

2. — Vă alarmați și renunțați la baie în ziua respectivă?

Problema V

AȚI CONTRACTAT O RĂCEALĂ, AVEȚI FEBRĂ, TUȘIȚI, STRĂNUTAȚI, FIIND VORBA POATE DE O GRIPĂ SAU DE O ALTĂ VIROZĂ, DAR CARE NU VĂ PROVOACĂ SUFERINȚE PREA MARI:

1. — Rămîneți de la început acasă, spre a preveni unele complicații și a vă însănătoși cît mai repede?

2. — Continuați să mergeți la lucru pe considerentul că poate fi vorba doar de o «simplă răceală» și că nu s-ar cuveni să lipsiți de la serviciu numai pentru «atîta lucru»?

3. — Recurgeți în astfel de situații, din proprie inițiativă sau după sfatul rudelor ori al prietenilor, la unele medicamente antibiotice (penicilină, tetraciclină etc.), de care sînteți informați că ar putea da rezultate bune și în cazul dumneavoastră?

*

Problema VI

DACĂ SUFERIȚI DE O BOALĂ CARE AR PUTEA BENEFICIA DE TRATAMENT HIDROMINERAL ÎNTR-O STAȚIUNE BALNEO-CLIMATERICĂ (REUMATISM, BOLI DE RINICHI, DE FICAT, DE STOMAC ETC.):

1. — Vă interesați la unii cunoscuți care au suferit de o boală asemănătoare cu a dumneavoastră, spre a vă orienta asupra celei mai potrivite stațiuni pentru cură?

2. — Plecați din proprie inițiativă tot în stațiunea în care ați mai fost cîndva numai fiindcă atunci v-a ameliorat suferințele?

3. — Ajunși în stațiune, după criteriile de mai sus, începeți unele tratamente (băi de mare sau lacuri, plajă, cură cu ape minerale de la diferite izvoare etc.) fără să mai consultați medicul din stațiune, pe motiv că știți din proprie experiență cum se fac unele tratamente?

Problema VII.

CÎND CĂLĂTORIȚI PE VREME GEROASĂ:

1. — Beți la drum băuturi alcoolice (țuică fiartă, rom, coniac etc.), apreciind că acestea vă încălzesc și vă pot feri de răceală și degerături?

2. — Înfruntați gerul doar prin mijloace vestimentare de protecție, fără a face uz de băuturi alcoolice, știind totuși că alcoolul vă face să simțiți căldură în corp?

*

Problema VIII.

CÎND ÎNCEPEȚI SĂ AVEȚI DURERI DE DINȚI:

1. — Recurgeți doar la medicamente calmante (antinevralgice, algocalmin etc.) pe considerentul că poate fi vorba numai de o nevralgie, care se poate rezolva în felul acesta?

2. — Apelați imediat la un serviciu de stomatologie?

3. — Mai solicitați stomatologul dacă dintele a încetat să vă mai provoace dureri?

Problema IX.

DACĂ ÎN TIMPUL GIMNASTICII DE DIMINEAȚĂ SAU AL ALTOR EXERCIȚII FIZICE, ORI DUPĂ ACEEA, APAR DURERI ÎN PIEPT SAU GREUTATE ÎN RESPIRAȚIE:

1. — Continuați exercițiile fizice, nedînd atenție tulburărilor survenite?

2. — Renunțați la aceste exerciții?

*

Problema X

CÎND ÎN TIMPUL EXCURSIILOR MÎNCAȚI FRUCTE SAU LEGUME (ROȘII, ARDEI ETC.) ORI VREȚI SĂ BEȚI APĂ:

1. — Mîncați fructele sau legumele așa cum le-ați cumpărat sau cules?

2. — Le spălați cu apă dintr-un lac ori rîu sau din orice fîntînă întîlnită în drum?

3. — Le spălați cu apă dintr-un pîrîiaș care vi se pare mai limpede și curată?

4. — De unde beți apă?

PARAZITOZELE INTESTINALE ■

Interviu cu tov. dr. docent ION GHERMAN

1. Ce grupe de afecțiuni se înscriu în patologia parazitară din țara noastră și care sînt principalele lor simptome?

— Patologia parazitară, destul de variată, din țara noastră este determinată de paraziți din diferite clase și cu diferite localizări. Ca atare și manifestările clinice de care se însoțesc asemenea boli, vor îmbrăca aspecte din cele mai diferite. Astfel, **așa după cum se știe, o mare parte din bolile parazitare sînt determinate de protozoare,** paraziți **unicelulari, mici, care nu pot fi văzuți decît la microscop. Uneori, așa cum se întîmplă în malarie,** protozoarul care determină boala — hematozoarul palustru — parazitează globulele roșii din sînge Alteori, așa cum este cazul trichomoniazei vaginale, agentul bolii, protozoarul **Trichomonas vaginalis,** trăiește în vagin. În sfîrșit, alte parazitoze din această categorie (lambliaza, amibiaza, balantidioza) sînt determinate de protozoare cu localizare intestinală. În fiecare din aceste cazuri vom întîlni, se înțelege, o simptomatologie diferită, în funcție mai ales de localizarea paraziților respectivi.

O altă mare categorie de boli parazitare, sînt date de **metozoare,** paraziți de regulă de dimensiuni mari, formați din mai multe celule și aproape totdeauna vizibili cu ochiul liber. Din categoria acestora, cele mai frecvente la noi sînt determinate de cestode sau nematode. Din grupa cestodelor fac parte teniile **Taenia solium, Taenia saginata,** botriocefalul etc., paraziți cu corpul lung și turtit în formă de panglică, iar din grupa nematodelor fac parte paraziți cu corpul de formă cilindrică, mai lungi sau mai scurți, printre care se numără paraziți comuni și frecvenți ca ascarizii, oxiurii, trichocefalii ș.a. Toți acești paraziți au aproape întotdeauna o localizare intestinală, dar bolile pe care le determină prezintă un aspect polimorf. În funcție de rezistența organismului, de gradul de infestare sau alți factori, vom întîlni, pe lîngă parazitoze asimptomatice sau cu o simptomatologie ștearsă și bolnavi cu tulburări digestive sau generale destul de accentuate.

Paraziții exercită asupra organismului, pe lîngă o acțiune directă și o acțiune indirectă, pe cale toxico-alergică, care explică simptomatologia la distanță, variată și necaracteristică ce o putem întîlni în unele boli parazitare. Acest lucru ne-a obligat de altfel să insistăm în lucrările noastre asupra faptului că medicul de orice specialitate, în căutarea unui diagnostic corect și exact, trebuie să aibă întotdeauna în vedere și o etiologie parazitară.

2. Care sînt cauzele mai frecvente care duc la răspîndirea parazitozelor și în ce măsură condițiile de mediu, climă și alimentație contribuie la apariția lor?

— Răspîndirea bolilor parazitare este, în general, asigurată de rolul care revine, din acest punct de vedere, celor trei verigi principale ale lanțului epidemic, reprezentate de sursa de infecție, căile de transmitere și masa receptivă (omul sănătos). Sursa de infecție constituită din om sau diferite animale infestate, își exercită rolul său, mai important sau mai puțin important, în răspîndirea acestor boli, prin volumul mai mare sau mai mic pe care-l ocupă în natură.

Un loc important în răspîndirea parazitozelor revine apoi căilor după care se poate face transmiterea acestora de la sursa de infecție la omul sănătos. Într-o parte din aceste boli, așa-zise direct transmisibile, trecerea parazitozei de la omul parazitat la cel sănătos, se poate face direct prin intermediul mîinilor murdare sau alimentelor, pe care într-un fel sau altul, au ajuns formele infecțioase ale paraziților. Rezultă de aici că nerespectarea unor reguli elementare de igienă individuală sau colectivă, pot să favorizeze răspîndirea mai largă a parazitozelor. Rolul ce revine mîinilor murdare și nespălate în răspîndirea unor parazitoze cu poartă de intrare digestivă, este atît de important, încît aceste boli mai sînt cunoscute (ca și altele asemănătoare) și ca «boli ale mîinilor murdare».

Alimentația de care ați amintit în întrebarea pusă, **poate de asemenea să joace un rol important în răspîndirea bolilor parazitare. Pe lîngă infestările** prin alimentele contaminate cu chisturile sau ouăle unor paraziți, din cauza unei păstrări necorepunzătoare a acestora, există o serie de parazitoze ca teniazele, trichineloza sau botriocefaloza, la care infestarea se face prin carnea parazitată de porc, de vită și respectiv de pește, cînd aceasta este consumată înainte de a fi în mod suficient fiartă sau friptă.

Într-un număr relativ însemnat de parazitoze transmiterea lor este asigurată de vectori sau de unele gazde intermediare, în care paraziții își desăvîrșesc o parte din ciclul lor vital. Intervenția obligatorie a unor asemenea gazde intermediare în transmiterea bolilor parazitare, ne atrage atenția asupra rolului ce revine în răspîndirea lor, unor condiții de mediu și în special de climă, pe care le reclamă aceste gazde. Din toate acestea se deduce atenția pe care trebuie s-o acordăm în egală măsură acestor factori, atunci cînd se pune problema combaterii unor asemenea boli.

3. Care sînt tendințele actuale în terapeutica bolilor parazitare și în ce măsură s-a renunțat la medicina tradițională?

Bolile parazitare sînt în general boli frecvente, uneori chiar cu răspîndire în masă. Din această cauză, instituirea în aceste boli a unor metode de tratament care să fie eficiente și comode pentru bolnav, a preocupat și preocupă încă, pe bună dreptate, pe cercetătorii și terapeuții din diferite țări. În această tendință de a se ajunge la asemenea metode, au fost făcute, în special în ultimii 10—15 ani, progrese însemnate. Locul unor metode de administrare greoaie, incomode pentru bolnav, cum erau acele de administrare prin sondă duodenală, sau constituite din 2—3 sau mai multe cicluri, l-a luat astăzi, în cele mai multe cazuri, tratamente scurte de 1 sau 2 zile. În același timp s-a renunțat aproape peste tot la unele preparate ca santonina., calomelul, violetul de gențiană, extractul eterat de **Filix mas** etc., care nu erau lipsite de contraindicații sau de efecte toxice și s-au introdus în locul acestora, medicamente incomparabil mai eficace și aproape complet lipsite de efecte toxice secundare.

4. Cunoscînd cauzele și modul de răspîndire al acestor afecțiuni, care este, după Dumneavoastră, locul profilaxiei moderne în combaterea acestor boli?

Așa după cum vă spuneam la una din întrebările ce mi le-ați pus mai înainte, răspîndirea bolilor parazitare este condiționată atît de rolul celor trei factori epidemiologici principali, cît și de rolul unor factori de mediu extern (clima, natura solului etc.). Repetînd acest lucru, țin să subliniez că în combaterea și profilaxia bolilor parazitare, măsurile preconizate trebuie să se adreseze deopotrivă tuturor acestor factori. Caracterul complex al procesului ce duce la răspîndirea bolilor parazitare, nu ne permite să ne îndreptăm numai asupra uneia din verigile lanțului lor epidemic. Sterilizarea, de exemplu, a întregului rezervor de infecție este practic, în multe cazuri, imposibilă și de multe ori tratamentele în masă, nejudicios efectuate, pot să ducă și la o mai mare răspîndire la oameni a bolilor parazitare, prin poluarea masivă a mediului extern. Pe de altă parte, căile de transmitere depind adeseori de anumiți factori de mediu, care nu pot fi ușor influențați sau de ridicarea standardului de viață și de cultură a populației, care cere de obicei mult timp. În sfîrșit, în protecția masei receptive, spre deosebire de bolile microbiene sau virotice, nu beneficiem pînă în prezent în domeniul bolilor parazitare de metode imunologice specifice (vaccinări). Reiese dar din toate acestea că în combaterea bolilor parazitare, o profilaxie modernă, așa cum o numiți D-voastră, trebuie să folosească toate acele măsuri, care sînt capabile să rupă verigile lanțului de răspîndire a acestora la nivelurile cele mai vulnerabile. O experiență din cele mai reușite a fost înscrisă de țara noastră prin măsurile luate de acest fel, care au dus la dispariția malariei și ankilostomiazei.

Redactat de
Dr. GH. M. GHEORGHE

TRECUT ȘI PREZENT ÎN CONSUMUL DE MEDICAMENTE

Un loc deosebit printre metodele moderne de tratament îl ocupă medicamentele. Succesele obținute azi în tratamentul multor boli considerate în trecut ca nevindecabile se datoresc medicamentelor. Producția acestora a luat în toată lumea un impresionant avînt, dar o dată cu creșterea numărului de produse medicamentoase și a consumului mondial de medicamente, dintre care unele cu o activitate deosebită, au crescut și pericolele accidentelor terapeutice. Practica a demonstrat că aceste accidente se datoresc mai ales folosirii abuzive și fără supraveghere medicală a unor medicamente, despre care cei ce le întrebuințează știu foarte puțin sau de loc.

În sens mai larg, prin abuz de medicamente trebuie înțeleasă întrebuințarea necontrolată și de cele mai multe ori incorectă a unora sau mai multor medicamente de către bolnavi sau chiar de către persoane sănătoase.

Acest aspect a trezit atenția încă din prima jumătate a secolului trecut, grija autorităților sanitare de a apăra populația împotriva răului obicei al utilizării medicamentelor la întîmplare și în mod irațional avînd deci adînci rădăcini în trecutul nostru sanitar.

Documentele de epocă atestă faptul că eliberarea medicamentelor de către farmacii a reprezentat întotdeauna un act de mare răspundere, acestea fiind de fapt primele filtre sanitare împotriva abuzului de medicamente.

Vechile documente din arhive ne arată — spre exemplu — că instrucțiunile spițerești din 1836 precizau: ei „spițerii să nu fie volnici a slobozi vreo doctorie fără rețetă vreuneui doctor sau hirurg avînd drept de a unelti în această țară meseria dohtoricească", iar mai departe se arăta că „fieșce rețetă nu poate fi primită de către spițeri decît numai 3 zile după ce s-au scris, socotindu-se din ziua în care s-au iscălit".

Tot în aceeași perioadă doctorul ocrugului al 3-lea din Jud. Dîmbovița — dr. Sobel — adresîndu-se autorităților sanitare la 28 mai 1839 informa asupra răului obicei ce au luat multe persoane „de a se curarisi singuri, întrebuințînd medicamente fără a putea cunoaște boala și natura omului, din care cauză s-au și întîmplat rezultaturi prea triste, unele persoane pierzîndu-și chiar și viața".

Luarea măsurilor sus-amintite de către autorități și observațiile persoanelor oficiale se făceau într-o epocă cînd arsenalul terapeutic era alcătuit în marea sa majoritate din produse de natură vegetală lipsite în general de contraindicații.

Totuși, îngrijorarea manifestată de organele sanitare în privința automedicației era evidentă, drept care s-a și legiferat eliberarea de către farmacii a medicamentelor numai pe bază de rețetă.

Care este situația astăzi? Acțiunile adverse ale medicamentelor, respectiv efectele secundare nedorite au în prezent o importanță considerabilă.

Terapeutica modernă, alcătuită în marea majoritate din medicamente de sinteză este pusă în situația de a face față tot mai acut riscurilor pe care le implică utilizarea nejudicioasă sau abuzivă a acestora, datorită introducerii permanente în arsenalul terapeutic a numeroase substanțe deosebit de active, cu un prag terapeutic apropiat de cel toxic. Aproximativ 90% din medicamentele utilizate în prezent s-au realizat în ultimii zeci de ani, fapt care se înscrie pe linia tumultuosului progres al științei în diferite domenii. Acest proces cu numeroasele sale rezultate deosebit de remarcabile nu este lipsit de riscuri, deoarece granița dintre terminarea eficacității terapeutice a unui medicament și apariția efectelor sale adverse este foarte labilă.

Pentru ca actul terapeutic să înregistreze eficiența scontată este necesară o profundă cunoaștere a condițiilor de folosire a medicamentelor, a factorilor care le grevează acțiunea, în scopul unei orientări judicioase a aplicării și mînuirii lor.

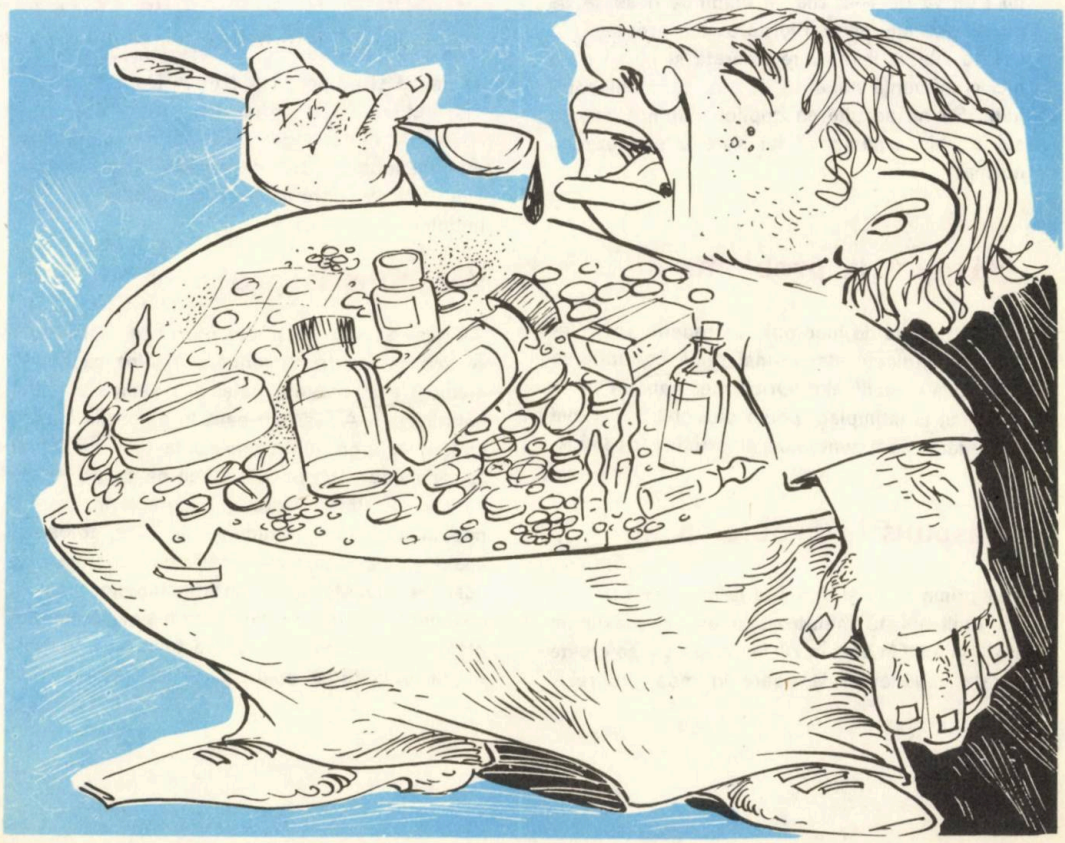
Medicii sînt singurii care „pot judeca boala și natura omului" — spunea medicul șef al județului Dîmbovița, cu aproape un secol și jumătate în urmă și în funcție de aceasta își pot asuma responsabilitatea recomandării medicamentelor.

Această realitate se desprinde de altfel și din conținutul dispozițiilor legale în vigoare — Ordinul 271/972 M.S. — prescrierea medicală fiind o fază a actului medical, înscriindu-se în contextul relației interumane medic-bolnav.

Analizînd temeinic aceste aspecte, Ministerul Sănătății a luat o serie de măsuri privind limitarea numărului de medicamente procurate fără rețete, precum și identificarea adversităților determinate de diferite medicamente.

Măsura — așa cum am văzut-o — se înscrie pe linia vechilor și valoroaselor tradiții ale medicinei și farmaciei românești în domeniul atît de important al consumului de medicamente.

Dr. farm. EMIL GHEORGHIU



RĂSPUNSURILE

cele mai indicate la cele 10 probleme

de la pagina 95

„Știți cum să procedați corect?"

Răspuns la problema I

În asemenea cazuri pofta de mîncare a copilului va reveni de cele mai multe ori dacă acestuia nu i se va da 1—2 zile să mănînce (i se va da numai apă sau ceai). Pierderea din greutate din aceste zile va fi rapid recuperată și nu va avea nici o influență negativă asupra sănătății copilului. Să nu se uite că copilul mănîncă atît cît are nevoie organismul lui spre a se dezvolta normal.

Răspuns la problema II

Cînd nopțile de insomnie se repetă, somniferele sînt indicate, dar numai după consultarea prealabilă a medicului. Orice medicament somnifer luat la întîmplare poate dezechilibra și mai mult starea care generează și întreține insomnia.

Răspuns la problema III

În prima zi de ștrand sau la mare se stă doar cel mult 10—15 minute la soare și maximum 8—10 minute în apă. În zilele următoare se crește durata expunerilor la soare în mod progresiv cu 5—10 minute zilnic și durata băilor cu cîte 3—4 minute în fiecare zi. Imprudențele care depășesc aceste limite se pot solda cu arsuri grave ale pielii, insolație sau alte tulburări, ce împiedică continuarea helioterapiei și a băilor.

Răspuns la problema IV

La apariția frisonului se iese imediat din apă, se usucă și se acoperă corpul. Dacă frisonul a dispărut se poate intra din nou în apă după 30—40 de minute, dar dacă acesta reapare, se renunță la baie în ziua respectivă. Aceste măsuri sînt indicate spre a preveni răcelile sau alte îmbolnăviri.

Răspuns la problema V

Orice răceală se poate complica, dacă nu i se acordă atenția cuvenită, mai ales că numai medicul e în măsură să-și dea seama de felul îmbolnăvirii. A ieși din casă în astfel de cazuri, constituie imprudențe care pot favoriza nu numai apariția unor complicații dificil de tratat, dar și molipsirea altora. Atitudinea corectă în asemenea situații este rămînerea în casă, folosirea ceaiurilor fierbinți, a aspirinei, a gargarismelor cu ceai de mușețel și a dezinfectantelor nazale, a alimentației ușoare. Nu se vor lua medicamente antibiotice. Dacă în 2—3 zile tulburările nu cedează, solicitarea medicului e obligatorie.

Răspuns la problema VI

Unele boli cronice necesită tratamente hidrominerale numai în anumite stadii evolutive. De aceea nimănui nu îi este permis să hotărască asupra utilității curei și a stațiunii în care să se efectueze tratamentul decît medicului curant. De altfel, e bine de știut că unele tratamente hidrominerale care au fost utile într-o anumită perioadă, pot deveni uneori contraindicate sau să necesite modificări în anii următori. Tratamentele balneare și curele interne cu ape minerale făcute fără prescripție medicală nu numai că sînt, de cele mai multe ori ineficiente, dar pot agrava stările de boală.

Răspuns la problema VII

Băuturile alcoolice nu încălzesc realmente corpul, nu feresc de răceală și nici de degerături. Ele produc doar o senzație de încălzire trecătoare a corpului, contribuind de fapt la pierderi importante din căldura generală a organismului și înlesnesc prin aceasta răcelile, degerăturile și alte îmbolnăviri. Pe timp geros sînt de preferat ceaiurile fierbinți aromatizate doar cu foarte puțin rom și echipament vestimentar adecvat mediului ambiant.

Răspuns la problema VIII

De cele mai multe ori, în astfel de cazuri e vorba de carii dentare. A «trata» cariile dentare doar cu calmante, fără solicitarea stomatologului, înseamnă că se înlesnește evoluția distructivă a dintelui, se prilejuiește intensificarea durerilor, se tolerează existența focarelor de infecție în organism. Ca atare, prezentarea la stomatolog este obligatorie cînd încep să doară dinții și chiar dacă durerea a încetat.

Răspuns la problema IX

Se întrerup exercițiile fizice pînă la dispariția tulburărilor respective și nu se reiau decît numai cu avizul medicului. În caz contrar pot interveni accidente cardiovasculare grave.

Răspuns la problema X

Fructele și legumele consumate sub formă de crudități trebuie întotdeauna să fie bine spălate cu apă curată (potabilă), spre a înlătura de pe suprafața acestora diverse microorganisme patogene (microbi, virusuri, ouă de paraziți intestinali) ca și eventualele substanțe insectofungicide cu care se stropesc livezile și viile. În acest mod se previn diverse îmbolnăviri transmisibile pe cale digestivă (febra tifoidă, dizenteria, hepatita epidemică, verminoze intestinale etc.), cît și unele intoxicații chimice.

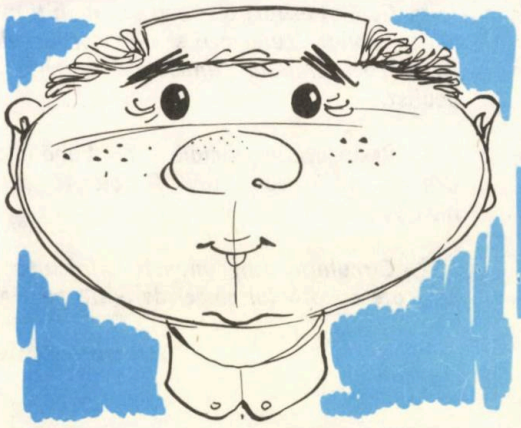
Fructele și legumele nu se spală cu apă provenită din lacuri sau rîuri, oricît de limpezi și curate ar părea, întrucît acestea sînt mai întotdeauna poluate cu microorganisme patogene. De asemenea, nu se va utiliza în scopul amintit nici apa din orice fîntînă. Vor fi folosite numai fîntînile cu indicații de certă potabilitate. Fructele și legumele se spală mai bine acasă înainte de plecare. Pe drum nu se spală decît la izvoare sau la surse de apă perfect potabile. Pentru utilizarea apei de băut se vor respecta aceleași norme. La drumeție este însă întotdeauna bine să se ia de acasă apă în termos sau bidoane.

Dr. I. LEONESCU

FORȚA EXEMPLULUI

— Da, domnule doctor, fumam trei pachete de țigări pe zi. Dimineața, cînd mă trezeam, primul meu gînd nu era la bilanț, ci cum să-mi aprind mai repede o țigară. La birou, trebuia să golesc scrumiera din oră în oră. Și aveam o scrumieră cît un castron de salată. În ședințe mi se făcea observație fiindcă nu mă puteam abține de la fumat. Și aveau dreptate colegii mei. Fumam? Mă privea personal. Dar de ce să-i otrăvesc pe ei? La mine acasă miroseau a fum de tutun și hainele copilului, și barba lui socru-meu și cactusul din hol. În fiecare noapte aveam același coșmar: visam că nu mai am nici o țigară și că toate tutungeriile s-au transformat în centre de lapte. Numărul cearșafurilor și al fețelor de masă arse de mine cu țigara se ridicau la trei sute douăzeci pe an... Să nu credeți că nu eram conștient de urmările dăunătoare ale tutunului. Citeam zeci de broșuri pe tema asta și asistam, luînd notițe, la toate conferințele medicale. Asta m-a costat cam o sută de pachete de țigări, pentru că nu puteam studia fără să fumez... Nu vă mai spun ce accese de tuse mă zgîlțîiau noaptea! În timp ce tușeam, copiii din întregul etaj începeau să țipe, socru-meu se plimba pe balcon gemînd, iar vecinul îmi transmitea prin perete semnale S.O.S. Vedeți cîte efecte negative, datorate numai mie, lipsei mele de voință... Dar acum pot vorbi despre toate astea la trecut. Gata! Am terminat cu țigările. Și asta numai datorită dumneavoastră, domnule doctor. Nici nu vă închipuiți cît de mult m-ați ajutat. De cînd mă tratați, nu v-am văzut măcar o singură dată fumînd vreo țigară și m-am hotărît să vă urmez exemplul: acum fumez pipă.

VERONICA BERTOLI



GÎGĂ despre medicină

— *Sugarul nu prezenta semne de intoxicație nicotinică.*

— *Pasteurizarea este sterilizarea pastelor făinoase.*

— *Este recomandabil ca somniferele să fie luate cu cel puțin două ore înainte de a adormi.*

— *Din anamneză rezultă că bolnavul nu a fost niciodată rănit mortal.*

— *În urma măsurilor luate, epidemia de sănătate a fost stăvilită.*

— *Pastilele pot fi luate pe cale bucală, dar și pe alte căi, de exemplu de la farmacie.*

— *Bolnavul era în stare foarte gravă, fiind atins la plămîn de tuberculoză și la cap de un par.*

— *Nerăspunzînd la întrebări, cadavrul nu a putut fi identificat.*

— *Trezindu-se din starea de inconștiență, deveni conștiincios și răspunse la toate întrebările.*

— *Coma a fost atît de profundă, încît nu a putut fi găsită cauza care a produs-o.*

— *Bolnavul, un obișnuit al concursurilor «Cine știe cîștigă», nu mai răspunde la întrebări, fiind în comă.*

— *Cînd un copil se naște la șapte luni, este imatur. Numai dacă se naște la nouă luni este matur.*

— *Numărînd bătăile inimii și înmulțind cu o sută, aflăm pulsul bolnavului într-o oră.*

— *Diferența dintre hipertensiunea arterială și hipotensiunea arterială este tensiunea arterială normală.*

— *Inflamația acută a stomacului se numește stomatită, iar gastrita este atunci cînd începe de la gură.*

— *Omul este singurul animal biped care folosește amîndouă mîinile.*

— *Ochiul este un aparat de fotografiat întors pe dos, capul folosind drept cameră obscură.*

— *Sugarul poate fi alăptat ani de zile cu lapte de vacă, cu condiția ca el să fie bine fiert în prealabil.*

— Bolnavii suferinzi de bronșită cronică sînt flegmatici.

— Paralizia mîinii sau a piciorului face ca o persoană să nu-și mai poată mișca membrul nici măcar atunci cînd vrea acest lucru.

— Părul omului are două capete, din care unul este înfipt în cap, iar celălalt crește în mod continuu pînă ce cade o dată la 90 de zile.

— Copiii nesupravegheați pot înghiți monede, tablete, cuie, ace și alte corpuri delicte, care trebuie trimise de urgență la oculist.

— Respirația artificială e mai bună decît cea naturală, ea putînd fi folosită și la nevoie.

— Circulația sîngelui este stînjenită la cei care au prostul obicei de a sta pe vine.

Yvonne Bunea

PIATRA de CONCEDIU MEDICAL

VRACIUL: Uf! Greu mai este să fii vraci în epoca de piatră! Pînă ascuți stiloul de silex, pînă ciopleşti rețeta, se face sănătos bolnavul.

SORA: Tot e bine că nu ciopliți rețetele în dublu exemplar.

VRACIUL: Asta mi-ar trebui, soră! Că nu există piatră indigo! ...Soră, cine urmează?

SORA: Urmează următorul... Următorul!

PACIENTUL: Pot să intru?

SORA: Ești următorul?

PACIENTUL: Nu! Sînt Pietraru Pietricel. Dar după mine nu mai e nimeni.

SORA: Atunci intră.

PACIENTUL: Aoleu, vraciule, ce bolnav sînt!

VRACIUL: Ce ai?

PACIENTUL: Am lipsă de la lucru o săptămînă.

SORA: Și pentru asta ai venit la peștera de boli interne?

PACIENTUL: Da! Am venit... (rugător) Vraciule, dă-mi și mie o piatră de scutire medicală. Că inginerul nu vrea să mă creadă pe cuvînt că am fost bolnav.

SORA: Ai scos pietricică de la grota de informații?

PACIENTUL: Poftim!

SORA: Păi asta-i pietricică de ordine pentru stomatologie.

PACIENTUL: Stomatologie! Că pe mine mă doare stomacul.

VRACIUL: Ia așază-te, să-ți ia vraciul pulsul.

PACIENTUL: Să-mi luați pulsul? Mă ceartă nevasta dacă mă întorc acasă fără el!

SORA: Stai cuminte și ascultă de vraci, dacă vrei să te faci bine.

PACIENTUL: Dar eu nu vreau să mă fac bine. Eu vreau să mă fac cu concediu medical.

VRACIUL: Soră, ia-i pulsul la mîna stîngă.

PACIENTUL: Nu la stînga, că mă doare.

VRACIUL: Atunci la mîna dreaptă.

PACIENTUL: Nu la dreapta, că mă doare!

VRACIUL: Măi omule sapiens, înainte te durea mîna stîngă și acum zici că dreapta! Cum vine asta?

PACIENTUL: Parcă știe dreapta ce face stînga?!

VRACIUL: Am înțeles!

PACIENTUL: E grav, vraciule?

VRACIUL: Foarte grav! (șoptit către soră): Suferă de boala chiulului... (tare) Nu-mi place boala dumitale!

PACIENTUL: Alta n-am, vraciule. Abia am găsit-o și pe asta.

VRACIUL: Ia să te controlez cum respiri...

PACIENTUL: Și cum trebuie să respir, ca să capăt piatra de concediu medical?

VRACIUL: Vedem noi cum... Zi 33!

PACIENTUL: 33? ...Păi astea, vraciule, sînt cifre.

SORA: Desigur, cifre.

PACIENTUL: De unde cifre, soră, în epoca de piatră? Cine știe cînd o să se inventeze?!

VRACIUL: Nu-i nimic! Atunci vii, după ce s-or inventa numerele.

PACIENTUL: Dar ce, peste cîteva mii de ani vă mai găsesc aici, să-mi dați piatra de concediu medical?

V. D. POPA

UN MEDIC BRAȘOVEAN ÎN India DE ODINIOARĂ

Un personagiu cu turban de mătase și îmbrăcat într-un bogat costum oriental pe care o vrajă neașteptată îl scosese parcă din textul unei povești din «O mie și una de nopți» apăruse în vara anului 1838 printre tîrgoveții pașnici, pe una din ulițele Brașovului. Privirile uimite ale celora care îl întîlniră, cît și veștile contradictorii care străbătură ca fulgerul orașul, nu au putut dezlega taina acestei insolite apariții. În adevăr, cine ar fi putut recunoaște în străinul acesta pe una din calfele de spițeri ale Brașovului de odinioară?

Dar, să începem... cu începutul. În 1795 a văzut lumina zilei în orașul de la poalele Tîmpei, fiul unui modest ceasornicar, căruia după botez, parohul mahalalei i-a notat în condica sa, cu grije numele: Johann Martin Honigberger. Nimic nu-l deosebea de ceilalți copii ai urbei și poate că întocmai

ca cei mai mulți dintre aceștia ar fi continuat meseria tatălui său, după obicei, dacă două întîmplări nu i-ar fi încrucișat viața, schimbîndu-i cu totul făgașul.

Era la capătul celor patru clase primare cînd falimentul «Băncii Austriace» din Brașov înghițise puținele economii ale familiei. Din această pricină băiatul a fost dat la stăpîn și astfel micul Johann a devenit ucenic de spițer. În loc să cerceteze măruntaiele ceasornicelor în liniștea atelierului întretăiată de bătăile muzicale ale pendulelor sau de strigătele cucului care izbucneau vesel la fiecare pătrar de ceas, trebuia să vegheze la fiertura buruienilor de leac, să închidă cu grijă pulberea medicamentelor în hapuri și cîte alte îndeletniciri pe care le cerea meșteșugul. Vioi și atent, el urmărea discuțiile dintre patronul său și medicii care se perindau prin oficină, ciupind deseori cîte o fărîmă din învățătura acestora. Cu fiecare an, ucenicul și apoi calfa, își însușește noi cunoștințe.

Abia împlinise 20 de ani, din care aproape jumătate petrecuți în farmacia stăpînului său și meseria părea că nu mai avea taine pentru acest tînăr priceput și cuminte, al cărui viitor deși modest, părea asigurat între zidurile proteguitoare ale Brașovului. Dar această calfă de spițer avea un viciu și anume pasiunea cititului. Prin porțile deschise și înșelătoare ale tomurilor de aventuri și călătorii, Honigberger se pierdea în orele sale de răgaz, regăsind cu greu drumul înapoi. Curînd însă o întîmplare neobișnuită îi dovedi că plăsmuirile imaginației pot deveni realitate. Unul dintre cunoscuții săi, tînărul medic militar Johann Gottlieb Modger, renunțînd la uniformă și soldă, dezertă și se îmbarcă la Triest în taină pe o corabie care se îndrepta către Orientul îndepărtat. Acest al doilea eveniment a fost hotărîtor pentru el; întîlnirea dintre copilul care-și pierduse copilăria o dată cu economiile familiei în falimentul de odinioară și aventura care-și părăsise învelișul de cerneală și hîrtie luînd înfățișarea atît de cunoscută a medicului militar a fost atît de neprevăzută încît nimic nu l-a mai putut reține.

Cu mustața abia mijită și cu o desagă nu prea mare în spinare, Honigberger și-a început marea aventură în primăvara anului 1815 îndreptîndu-se către Bran, pe drumul obișnuit al chervanelor care ducea la București. Nu a zăbovit în cetatea de scaun a lui Ioan Vodă Caragea, îndoliată încă de ciuma cea mare, și a plecat mai departe spre Iași, iar de-acolo la Cernăuți. Vreme de un an tînărul călător a mai dat tîrcoale orașului său natal și abia după aceea a cutezat să-și întindă aripile și să zboare mai departe.

În 1816 este semnalat la Constantinopol. Era în vîrstă de 21 de ani și încercase, probabil, după exemplul lui Alexandru cel Mare, dar firește fără falanga macedo- [illegible] să se îndrepte spre Persia, dar nu a ajuns mai departe de Ankara. Clima aspră și condițiile neospitaliere l-au obligat să-și schimbe itinerariul. A coborît spre Adane, dar s-a oprit la Alep, unde i se oferea o slujbă de medic la Curtea guvernatorului, propunere pe care se grăbește s-o accepte cu toată puținătatea cunoștințelor sale medicale. De altfel, riscurile nu erau prea mari, dat fiind fatalismul musulman care-l punea la adăpost.

După cîțiva ani, Honigberger devenea iarăși călător către Tripoli și Beirut, la Bethleem și Nazaret. În 1821 este semnalat la Cairo, de unde îl gonește ciuma. Întors în Siria, el își reia meșteșugul, introducînd acolo vaccinarea antivariolică. Dar cum se ivește ocazia, trage obloanele și în tovărășia unui aventurier olandez Henry de Türck se alătură unei caravane care se îndreaptă spre Persia. După un scurt popas la Ispahan și numeroase peripeții a ajuns în sfîrșit în orașul indian Lahore. Datorită iscusinței sale, vindecă aici pe băiatul generalului francez Allard. Faima lui Honigberger s-a răspîndit repede. Cu sprijinul generalului și recomandațiile mai multor italieni din oștirea maharadjahului Rougit-Singh i se deschid porțile aurite ale curții din Lahore. Este numit pe rînd medic, chirurg și farmacist și la aceste slujbe i se mai adaugă și aceea de director al arsenalului, șef mecanic și chiar amiral.

Dar nici slujbele și nici banii nu-l împiedicau, atunci cînd avea răgaz, să cerceteze fauna și flora, căutînd totodată fără odihnă un leac împotriva holerei. Colecțiile sale botanice, mai ales cele de plante medicinale, colecțiile sale etnografice, numismatice și artistice au îmbogățit după reîntoarcerea sa comorile numeroaselor muzee din Europa apuseană și Rusia, iar notele sale științifice vor sluji la întocmirea publicisticii sale.

Dorul de țară îl readuce acasă. Către jumătatea lui mai 1838, «Albina românească» menționează primele știri despre Honigberger, știri care vor mai continua. După ce nota amintește despre călătoriile sale din ultimii 20 de ani și prezența lui la Iași, textul continuă: «el a cîștigat o frumoasă reputație, multe felurite cunoștințe și o culegere foarte interesantă de obiecte antice și de ierburi rare. Înturnîndu-se în Europa... d. Honigberger va petrece aice cîteva săptămîni în sînul familiei sale», după care, scria ziarul, se va reîntoarce în India. În încheiere, se mai arăta că: «D. doctorul a căruia de căpetenie îndeletnicire este omeopatia, nădăjduiește că va introduce a sa doftorie-și în aceea țară îndepărtată». Tot «Albina românească» anunța mai tîrziu, într-un supliment al său, plecarea lui Honigberger din Iași la 21 iunie 1838. După un an, același periodic ieșan comunica despre boala gravă a suveranului din Lahore și de zadarnicele strădanii ale lui Honigberger pentru salvarea acestuia. Succesorul său, noul maharadjah l-a repus în slujbele sale, pe care eroul nostru le va părăsi abia după zece ani. Încărcat de onoruri și de bogăție, gîndul său este să se întoarcă acasă. Face un popas mai îndelungat în Europa apuseană, în timpul căruia este oaspetele «Societăților științifice» și dăruiește o parte din colecțiile sale așezămintelor de cultură de acolo. Apoi, se oprește mai multă vreme la Viena, unde își publică însemnările sale indiene sub titlul «Fruchte aus dem Morgenlände oder Reise-Erlebnisse »[1] care cuprinde un dicționar medical in limbile: latină, germană, franceză, ungară, turcă, arabă, persană și indo-cașmiră. Lucrarea este atît de prețuită, încît după trei ani i se publică a doua ediție și totodată o traducere engleză. Tot în această perioadă se mai tipărește al doilea volum al său «Heilung der Cholera durch Einimpfung des quassias»[2], cuprinzînd cercetările sale asupra cumplitei molime, tradusă la rîndul ei în engleză.

Dar fostul mare demnitar din Lahore nu-și găsește nici odihnă, nici liniște decît în lungile sale călătorii. Numai între anii 1858 și 1868 face de trei ori lungul și obositorul drum către India.

În 1869, pe cînd neobositul călător se afla din nou la Brașov și probabil se pregătea iar de ducă, nu bănuia că în același an, la 18 decembrie, va pleca într-o lungă și fără întoarcere călătorie.

Aceasta este povestea lui Johann Martin Honigberger, calfa de spițer de la Brașov, medicul maharadjahilor de la Lahore și unul dintre cei mai de seamă călători, ale cărui colecții au îmbogățit muzeele lumii și a cărui operă publicistică a adus noi lumini asupra Indiei.

DR. G. BARBU

[1] Roade ale Orientului sau Însemnări de călătorie
[2] Vindecarea holerii prin vaccinare cu Quassia

UNEI ȘOFERITE

Ai întrecut, gonind turbat,
Un Ford, un Wartburg, un Fiat...
Dar performanțele-ți frumoase
S-au terminat cu 06.

UNUI MEDIC NAVETIST

Urarea o-ndreptăm (știm noi de ce)
Nu către tine. Către C.F.R.
Să-ntîrzie plecările din stații
Ca să ai vreme și de consultații.

UNUI INSPECTOR

De vrei ca anu-n plin să-ți iasă
De pe teren s-aduci acasă
Valiza plină de dosare
Nu de plocoane-alimentare

UNUI BOLNAV

Avînd ciroză la ficat
Ți s-a prescris regim lactat;
De-atuncea ai trecut la fapte:
Mănînci numai purcei de lapte.

UNUIA

Răcit fiind, un oarecare
Te-a sfătuit să-ți pui pahare
Dar cum la tine-i obicei,
În loc ca să le pui, le bei.

UNUI BĂUTOR

Diogene, om de soi,
Se băga într-un butoi;
Tu socoți că-i mult mai bine,
Ca să bagi butoiu-n tine.

UNUI „CULTIVAT"

Vrînd în toate să păstrezi măsura
Cartea o împaci cu băutura:
Ai bibliotecă personală,
Ai și sticlotecă specială.

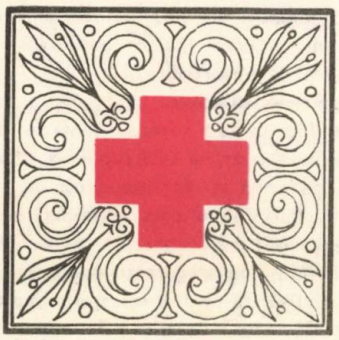
UNEI LACOME

La anul mai redu din porții
C-ai început să iei proporții
Și nu că n-ar fi elegant,
Dar nu mai poți intra-n Trabant.

UNEI RETETE

Chiar de-ai privi-o cu dispreț
Urarea totuși ți-o vom face:
Să-ți fie scrisul mai citeț
Și tu să fii mai eficace.

FLORYOR



DIN TRECUTUL CRUCII ROȘII DIN ROMÂNIA

Primul comitet și statut al „Societății de Cruce Roșie din România"

În urma unui raport înaintat de dr. Carol Davila la 18 octombrie 1874, România a aderat la «Convenția pentru îmbunătățirea soartei militarilor răniți ai armatelor aflate în conflict», semnată la Geneva în 1864, de reprezentanții celor 16 națiuni participante.

Doi ani mai tîrziu, în 1874, un «Comitat provizoriu», întrunit la București, întocmește primul statut pe temeiul căruia «se constituie o societate sub denumirea de Societatea Crucei Roșie din România» (art. I).

*

Acest «Comitat» a fost compus din următoarele persoane: **Dimitrie Gr. Ghika, Nicolae Crețulescu, Grigore C. Cantacuzino, Ioan D. Ghika, Dimitrie Sturdza, George Gr. Cantacuzino, C.A. Rosetti, P. Iatropol, C. Davila,** iar ca secretari, **N.G. Chernbach, Nicolae Sc. Ghika.**

În statutul întocmit, care cuprinde XXIV de articole, se arată că «scopul acestei Societăți este de a da, prin toate mijloacele posibile, ajutorulu cuvenitu militariloru răniți și bolnavi de pe cîmpul de luptă, în ambulanțe și în spitale» (art. III).

Societatea «adheră la principiile generale coprinse în Convențiunea de la Geneva din 1864, augustu 22, publicată în Monitorulu oastei No. 19 din 1874, iunie 13» (art. VI).

«Direcțiunea acestei Societăți» este «încredințată unui consiliu generalu» pus «sub patronagiulu Măriei Sale Doamnei» și este compus «din 15 membri aleși în adunarea generală a membrilor fondatori pe timpu de 3 ani» (...) Din sînulu acestui consiliu se aleg 3 vici-președinți, 2 secretari și un casieru» (art. VII).

Și tot din «sînulu său» se mai alege și un «Consiliu de administrațiune compus din 5 membri» care «provoacă în toate districtele României comitate secționare» (art. VIII).

Pe temeiul acestor două ultime articole, membrii «Comitatului provizoriu» mai sus citați, adunați la «Întrunirea generală a Societății au alesu» următorul «Consiliu general de 15: **Nicolae Crețulescu, Dimitrie Sturdza, C.A. Rosetti, Dr. Iatropol, Ion Ghika, Dr. Davila, George Gr. Cantacuzino, Dr. Photino, Gr. C. Cantacuzino, Manuach Hillel, Dr. Theodori, col. St. Fălcoianu, col. Algiu, Dr. Atanasovici și Dimitrie Gr. Ghika».**

Dintre aceștia s-a ales «Comitetul de Administrațiune de 5 persoane: **Dimitrie Gr. Ghika, Davila, Photino, Iatropol și col. Algiu»,** primul fiind și președintele acestui «Comitat». De asemenea s-au mai ales trei vice-președinți, doi secretari și un casier.

Cu această primă organizare «Societatea Crucei Roșie din România» își începe rodnica sa activitate, continuată pînă în zilele noastre, sub alte auspicii și alt mod de organizare.

Primele ajutoare acordate

Mai înainte chiar de a lua ființă această Societate, cu ocazia războiului franco-german din 1870 aflăm din «Journal de Bucarest», nr. din 23 octombrie 1870, de sub redacția lui Ulysse de Marsillac, că «de la începutul războiului, doctorul Davila, inspector general al spitalelor militare din România, a conceput planul de a organiza o ambulanță română pe care să o conducă el însuși pe cîmpul de bătaie. Neputînd obține autorizația necesară, plecă singur și «se atașe la o ambulanță internațională».

Dintr-o corespondență din «Severin», cu data din «1876, iulie 18», publicată în «Gazetta medico-chirurgicală», nr. 14 din «25 iuliu 1876», aflăm că Davila, în drum spre Franța, trecînd prin Severin, propuse cetățenilor acestui oraș să contribuie cu bani la fondul de ajutor al răniților. Drept urmare, mai multe sute de franci au fost colectate și trimise lui Davila, la Paris.

Aceasta este prima contribuție românească adusă în spiritul «Convenției de la Geneva» și merită a fi relevată.

Izbucnind însă războiul sîrbo-turc din 1876, «Societatea Crucei Roșie din România», proaspăt înființată, luă inițiativa organizării a două ambulanțe, cîte una pentru fiecare națiune beligerantă, dînd astfel dovadă de imparțialitate.

Ce s-a petrecut cu această inițiativă, din aceeași «Gazettă» aflăm că «din corespondența ce se țin între guvernulu nostru și celu turcu s-a văzutu că acestu de pe urmă nu garanta cîtuși de puținu siguranța ambulanțeloru române în fața armatei sale nedisciplinată, nerecunoscînd tot de uă dată sîrbiloru dreptulu de beligeranți. Acestu respunsu însă n-a descuragiatu pe acei ce se oferiră a dirige și a servi ambulanța nóstra, căci ea trecu deja pe teritoriulu sîrbescu. Confrații noștri, cei mai mulți doctori din facultatea din București, au crezutu de datoria loru a oferi sciința și asistența loru sufferințeloru pe cîmpulu de resbelu».

Prin urmare nu s-a organizat decît o singură ambulanță și aceea pentru armata sîrbească. După trecerea Dunării această ambulanță își începe activitatea și, din ziarul «Românul» din 11 august 1876 aflăm că cei doisprezece medici, care compun ambulanța internațională a Societății Crucea Roșie din România, «au căutatu mulțime de răniți în urma luptei de la Kniajevatz și s-au aflatu în Zaiciar în momentulu ocupării lui de către trupele turcesci, astfel că au asistatu la diferite scene de cruzime ale cerchezilor, cari măcelăriau fără cruțare pe locuitorii din Zaiciar ce fugeau cu copiii și averile loru. După uă călătorie prin munți, ambulanțele s-au așezatu în armata sîrbească de la Banja-Pretusca și Alexinatz, în nisce posițiuni muntóse. Din nenorocire uă parte din materialu a rămasu în spitalulu militaru de la Zaiciar din causa lipsei mijloacelor de transportu, iar trăsurile de ambulanță s-au înapoiatu la Negotin, fiind absolutu imposibile d-a se transporta prin munți. Aprovisionarea ambulanței le face prin suptprefectura din Cladova».

***

Cu toate condițiile grele, prima ambulanță română își va desfășura mai departe activitatea, după cum rezultă și din «Gazetta» amintită, nr. 22 din 15 decembrie 1876, în care se publică două rapoarte ale ambulanței române privind «starea și numărul bolnavilor și răniților în cura Spitalului militar Ciupria» instalat în «localul Casarmei», pe intervalul 7—30 august și 31 august — 6 septembrie 1876.

Dintr-o notă adăugată la primul raport, mai rezultă că, pe lîngă tratarea bolnavilor din acel spital, personalul medical al ambulanței mai avea sarcina să evacueze soldații bolnavi, dîndu-le și medicamentele sau pansamentele strict necesare în timpul transportului «pînă la locul destinatu».

Astfel s-a desfășurat activitatea umanitară a primei ambulanțe române care, curînd, se va continua în Războiul pentru independență cînd ambulanțele purtînd «Crucea Roșie», pe lîngă răniții români, vor alina și suferințele răniților turci, căzuți prizonieri.

Prof. emerit dr. CONSTANTIN SIMIONESCU

doctorul HARALAMBIE BOTESCU

La 12 februarie 1974 s-au împlinit o sută de ani de la nașterea doctorului Haralambie Botescu care «în voioasa lui activitate părea — cum sublinia N. Iorga — însăși umbra mîngîietoare a durerilor omenești». Cel care a fost «un medic real, de bun simț, sigur în diagnosticele lui, sigur și efectiv în tratamentul pe care-l recomanda... ca un dăruitor cu milă și dragoste al științei și îngrijirilor lui», a urmat Facultatea de medicină din București (1891—1896), funcționînd ca intern al spitalelor și maternității, ajutor de anatomie și prosector.

Membru activ al «Societății studenților în medicină» timp de 9 ani a deținut funcțiile de secretar, secretar general, vicepreședinte și de două ori președintele Societății (1897—1898 și 1899—1900), prezidînd și jubileul ei de 25 de ani (1875—1900).

Ca student și membru asociat, redactor și primredactor al revistei «Spitalul», a fost unul dintre cei mai activi colaboratori timp de peste 15 ani, ținînd 50 de comunicări și conferințe, publicînd peste 200 de articole. Botescu a fost la un moment dat sufletul Societății și al revistei studențești «Spitalul».

În 1899 și 1902 a participat la călătoriile de studii în Franța, sub conducerea prof. Landouzy, vizitînd 40 de stațiuni balneare, climaterice, maritime și sanatorii din centrul Franței, din Auvergne și din Pirineii orientali, iar în 1912 a cercetat din punct de vedere al instalațiilor tehnice sanitare și balneare alte 30 de localități din Austria, Germania și Franța.

La 14 iunie 1900 își susține teza de doctorat *«Contribuțiuni la studiul anatomic al mușchiului*

extensor scurt dorsal al mîinei, mușchiul manios», obținînd calificativul f. bine.

Membru al Asociației generale a medicilor din țară, secretar de ședință (1902—1904), vicepreședinte (1910—1913), și-a început activitatea socială în 1907 cînd în calitate de ajutor de primar al Bucureștilor s-a preocupat intens de sănătatea populației, luînd o serie de măsuri de reală importanță. A reorganizat «Laboratorul municipal pentru controlul alimentelor și băuturilor», a introdus anchetele sanitare alimentare și de prezervare, stabilind norme de educație igienică. A dispus să se facă riguros și minuțios controlul cărnii la abator și însoțit de un mare număr de agenți comunali, a pornit (1910) adevărate razii sanitare prin birturile, bodegile, cîrciumile și localurile de consum ale Capitalei unde, la adăpostul vechilor deprinderi patriarhale, mișunau mușteleș și șobolanii, grătarele pentru fripturi și mititei se desfătau soioase și nespălate, iar cărnurile, brînzeturile, pescăriile și dulciurile se expuneau neacoperite la discreția muștelor și a norilor de praf. Cum agenții sanitari și comisarii comunali pozau în nevinovați și nepăsători, în realitate fiind «bacșișuiți», dr. Botescu alerga cu trăsura din mahala în mahala, din «culoare» în «culoare» și dădea, după caz, avertismente și amenzi, ori confisca uneltele de bucătărie găsite în mare necurățenie, dispunînd închiderea multor localuri de acest fel. A recoltat atîtea grătare necorespunzătoare și infectate, încît la un moment dat se aflau în depozitul comunal cîteva mii de bucăți scoase din uz. Fiind și deputat al Colegiului II Ilfov, acțiunea lui a coalizat pe cîrciumarii și negustorii vinovați, care sub conducerea electorului N. Filipescu au dezlănțuit o adevărată campanie de presă împotriva ajutorului de primar. Datorită însă cinstei sale exemplare și conștient de marea operă sanitară întreprinsă pentru populația Capitalei, dr. Botescu a rezistat, neputînd fi «măturat» de la primărie. În scurtă vreme, localurile încetară de a mai fi laboratorii ale necurățeniei, grătarele pline de jeg și grăsimi, iar brînzeturile, fructele și cărnurile au fost acoperite cu tifoane, localurile schimbîndu-și și ele fața.

A organizat împreună cu «Societatea pentru protecția animalelor» un serviciu pentru prinderea ciinilor fără stăpîni și ridicarea stîrvurilor de animale de pe străzile strîmte și întortochiate ale Bucureștiului; și un altul pentru prevenirea și combaterea turbării. A înființat dispensarele comunale, asigurîndu-le localuri proprii cu organizare și dotare neobișnuite pentru acele timpuri.

În domeniul igienei școlare a înființat posturile de medici școlari, fișe sanitare individuale, cazierele sanitare ale localurilor, băi și dușuri școlare (15 instalații în 2 ani). S-a ocupat de reorganizarea transportului bolnavilor contagioși și accidentați prin «Societatea de salvare». Colaborînd cu dr. N. Minovici, a organizat «Azilul de noapte» și un birou de asistență a săracilor și cerșetorilor, asigurîndu-le posibilități de muncă, iar prin societatea «Pîinea zilnică» a înființat «Ospătăria comunală».

Sînt realizări vrednic de luat în seamă pentru acea epocă.

De asemenea s-a îngrijit de organizarea serviciului pentru copiii găsiți și orfani, reușind prin «Coloniile școlare de vacanță» să trimită la țară, în stațiuni climaterice, un număr de 650 copii în 1909 și alți 1 000 de copii în 1910, cu fondurile adunate de la comună și din subscripții particulare.

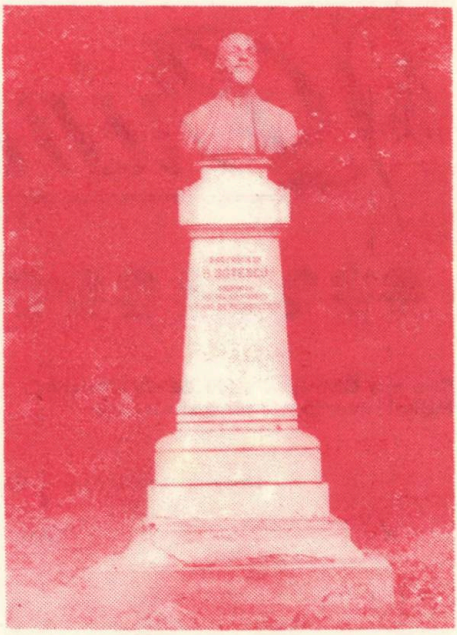
Ca un bun specialist, a făcut parte din Consiliul de administrație al soc. «Govora-Călimănești», înființată prin colaborarea statului și prin subscripție publică, pentru exploatarea celor două stațiuni.

În calitate de administrator delegat s-a străduit pentru ridicarea acestor stațiuni de interes general și național, iar statuia ridicată în parcul stațiunii Govora (opera sculptorului D. Mățăoanu, 1920) îi aduce «prinos de recunoștință».

Profesor de igienă la Școala Industrială, a ținut — după înființarea Universității populare — o serie de cursuri serale despre: rolul sanitar al femeii în timp de război; cum se luptă în România cu tuberculoza; pericolul sifilisului etc. Căutînd să deștepte interesul publicului pentru aspectele igienice, s-a dedicat după plecarea de la primărie (1911) operelor de educație igienico-sanitară, începînd un ciclu de conferințe în cadrul cercurilor culturale la diferite școli și instituții, tratînd subiecte de actualitate medicală, expuse pe înțelesul publicului. Printre acestea menționăm: Rolul femeii în lupta contra boalelor sociale; Puericultura și igiena infantilă; Tuberculoza; Mortalitatea copiilor mici; Boalele venerice; Boalele eruptive ale copilăriei etc.

A colaborat cu articole și studii științifice la «Archives de sciences médicales» «Medicina pentru toți» și alte reviste de specialitate, precum și la presa timpului.

Alături de V. Sion, g-ral I. Popescu-sanitarul și Vicol, a făcut parte din «Comitetul central sanitar», fiind numit inspector al armatei pentru boale contagioase în timpul primului război mondial.



Om al datoriei pînă în cea mai intimă fibră a ființei sale, și-a pus serviciile la dispoziția Armatei, alergînd din spital în spital și din lagăr în lagăr, aducînd ajutor și mîngîiere soldaților răniți și bolnavi, pînă ce a căzut victimă tifosului exantematic în 1917.

Dînd ajutor celor umili și lipsiți, dezinteresat, alergînd la orice oră și pe orice timp, dr. Botescu a fost nu numai un medic competent și conștiincios care și-a cinstit din plin profesiunea, dar și un veritabil apostol, a cărui operă, deși modestă, s-a încrustat adînc în istoria Bucureștilor.

Mort în îndeplinirea datoriei în cele mai grele zile ale războiului i-au fost aduse la București rămășițele pămîntești în 1925, iar populația Capitalei, recunoscătoare că a schimbat fața orașului care lîncezea într-un leneș orientalism neigienic, i-a ridicat în 1928, în piața Matache Măcelaru (dr. Botescu a locuit pe Calea Griviței la nr. 119), statuia ce stă mărturie operei sale edilitare înfăptuite.

CONSTANTIN I. BERCUS

Primăvară

Și-a pus Cișmigiul strai de sărbătoare:
Pajiști înverzite, umbră și răcoare

Lacul scînteiază; e senin e

Pe sub bolți de frunze, trece-n pas ușor
Tineretul vesel, sprinten, visător

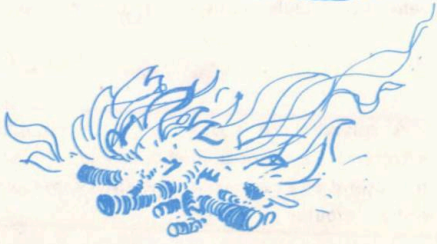
Cu elan de viață și cu

Prind amoruri stinse să se reaprindă:
Fosta frumusețe, fostul crai de ghindă,

Își restaurează chipul în

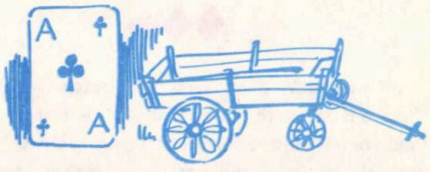
Pe întreaga Terră, în oricare loc,
Pentru fiecare vine un soroc:

Tînără, bătrînă, inima ia



Fie că ești june sau octogenar,
Febra e-n urcare, cordul este jar

Și leac nu există, nici chiar la



FLORIN IORDĂCHESCU

NEVROZELE

Interviu cu
Prof. Dr. AL. ȘOFLETEA

Institutul de medicină Timișoara

— Ce sînt nevrozele și care este frecvența lor în patologia generală?

Termenul de nevroză a apărut în medicină încă din secolul al 18-lea. Conținutul acestui termen a suferit însă modificări importante de-a lungul timpului, în general restrictive. Dacă în secolul trecut se înglobau în această noțiune o serie largă de boli ale sistemului nervos, foarte diferite în simptomele și cauzele lor, treptat, pe măsură ce asemenea boli au putut fi identificate și delimitate, ele au fost excluse din cadrul nevrozelor. Ar trebui poate să mai adaug că aceste remanieri noționale au apărut ca urmare a unor confruntări numeroase și durabile în opinia medicală, care nu au încetat nici în prezent. Au fost chiar psihiatri de renume care au preconizat suprimarea termenului de nevroză ca fiind neprecis și înșelător. Și totuși, expresia s-a înrădăcinat în lumea medicală, dobîndind treptat o circulație largă, care a cuprins limbajul comun.

Cu toată larga sa răspîndire, noțiunea de nevroză nu este însă nici astăzi la fel înțeleasă de către toți. Unii medici refuză să considere nevrozele ca unități patologice strict individualizate, admițîndu-le numai ca sindroame, adică suferințe unitare prin simptomele lor, dar diferite prin cauzele care au provocat aceste simptome.

Majoritatea medicilor acorda însă termenului sensul de boală cu o simptomatologie variată, dar condiționată psihogen, adică produsă de

motive psihice, nu prin leziuni organice. Aceste motive psihice sînt reprezentate în mare de stări de încordare sufletească durabilă și penibilă, care la rîndul lor sînt produse de factori variabili.

— Care sînt factorii care determină apariția nevrozelor, priviți în contextul vieții moderne, a însăși civilizației?

În aparația nevrozelor factorii principali sînt suprasolicitarea nervoasă și constituția individuală.

Suprasolicitarea nervoasă trebuie înțeleasă ca efectul intervenției unei cauze sau a unui mănunchi de cauze din mediul înconjurător care produce o încordare nervoasă durabilă. Aceste cauze sînt numeroase, variabile și deseori acționează simultan. Sînt solicitări care apar în viața familială, profesională sau socială a individului care creează un conflict intrapsihic rezultînd din neputința sau nedorința individului de a răspunde acestor solicitări. Această «constelație conflictuală», cum o numește academicianul Kreindler, este uneori ignorată de bolnav, care constată numai tulburările sale, dar nu-și dă seama de motivarea lor. Medicul este acela, care printr-o conversație stăruitoare și bine condusă, reușește adesea să descopere factorii conflictuali. Uneori însă bolnavul nu mărturisește aceste cauze medicului, sau nu și le mărturisește nici chiar lui însuși, fiindcă mîndria sau pudoarea îl împiedică să recunoască existența unor motive umilitoare în apariția conflictului sufletesc intim. Asemenea motive personale sînt numeroase și diferite: lipsă de energie; lipsă de pregătire intelectuală sau fizică ce compromit randamentul profesional; particularități temperamentale cu răsunet în relațiile individuale; sentiment de nerealizare a aspirațiilor sociale sau familiale; conflicte intime de ordin psihosexual etc.

În condiții normale comportamentul individual se încadrează în normele sociale fără conflicte sufletești, deoarece solicitarea din mediu nu depășește potențialul individual, iar aspirațiile personale se încadrează în normativele sociale, cu care sînt în armonie. Năzuința spre fericire respectă normele de comportament impuse de societate, pe care individul le acceptă atît pentru sine, cît și pentru ceilalți. Individul reușește să-și armonizeze propriile sale năzuințe cu cele ale mediului familial, profesional și social.

În stările patologice conflictul intrapsihic naște din supraîncordarea psihică produsă de efortul de a atinge țelul propus. Dacă prin supraîncordarea necesară se reușește atingerea acestui țel, satisfacția succesului restabilește echilibrul sufletesc. Dacă scopul nu este atins, conflictul intim se accentuează și se prelungește.

Civilizația modernă a mărit considerabil numărul și importanța factorilor nevrozanți. Dezvoltarea și modernizarea industriei solicită din partea

Prof. dr. AL. ȘOFLETEA

celor ce muncesc în acest sector o pregătire superioară, o atenție permanentă în timpul lucrului, o reciclare periodică, care sînt tot atîtea solicitări permanente. La solicitări similare sînt supuși și cei care lucrează în sectoarele neindustriale. Viața socială și familială a suferit și ea transformări care solicită indivizilor un ritm de viață și de activitate mult mai rapid decît în trecut. Obișnuirea la acest ritm este îndeosebi dificilă pentru cei proveniți din mediul rural, care se adaptează mai

greu condițiilor vieții de oraș, atît de diferite față de cele rurale. Dar chiar și la sate, ritmul și condițiile de viață s-au schimbat, iar agricultura modernă impune o pregătire tehnică și metode noi, care necesită capacități și efort de adaptare individuală.

Nu e deci de mirare că în toate țările industrializate sau în curs de industrializare numărul nevrozelor a crescut. Această creștere este însă în același timp reală și aparentă. Creșterea reală e datorită factorilor menționați. Creșterea aparentă e datorită îmbunătățirii standardului social și al adresabilității medicale. Cu decenii în urmă oamenii duceau o viață mai puțin confortabilă și pretindeau de la viață mai puțin confort, iar medicilor le cereau să-i scape de moarte sau de dureri insuportabile. Adresabilitatea medicală era și ea mică și puțini dintre aceia care aveau nevoie de medic ajungeau la el.

Mulți nevrotici își duceau existența precară ignorînd ajutorul medical pe care l-ar fi putut obține.

Astăzi, pretențiile au crescut. Oamenii doresc o viață confortabilă, iar medicilor le cer să contribuie la confortul lor, vindecîndu-i nu numai de marile suferințe, dar și de micile tulburări, pe care altădată le suportau cu resemnare. Această atitudine este încurajată în țara noastră și de faptul că îngrijirea medicală este accesibilă oricărui cetățean. Desigur, faptul acesta este un mare progres social și răspunde năzuințelor umane de fericire.

O lecție clinică a lui Charcot, neuropsihiatru de la finele secolului trecut.

— În ce măsură se poate vorbi despre o predispoziție sau un teren prielnic apariției nevrozelor, ținînd seama că ele sînt prezente atît în mediul urban cît și în cel rural?

Factorul individual este frecvent în apariția nevrozei. El poate imprima caracterul de suprasolicitare unor factori solicitanți din mediu care

nu ating în realitate acest prag. Acest factor individual este caracterizat din punct de vedere social printr-o capacitate de adaptare scăzută la solicitările din mediu. Din punct de vedere medical există uneori particularități neuropsihice și endocrine, care fără să atingă intensitatea strict patologică, scad totuși capacitatea de rezistență psihică și fizică a individului. Asemenea particularități pot fi ereditare sau dobîndite și sînt uneori exprimate prin tulburări discrete sau evidente, neuro-endocrine sau biochimice.

Simptomul cel mai caracteristic este astenia, adică tendința exagerată la oboseală psihică și fizică, chiar după eforturi mici, oboseală însoțită deseori de modificări de puls, de respirație, de tensiune arterială, de roșeață sau paloare a feței. După fiecare efort, chiar moderat, reechilibrarea se face tîrziu și este din nou compromisă la cel mai mic prilej. Această instabilitate se regăsește și în psihicul nevroticului, care este ușor emoționabil, iritabil și prezintă stări de neliniște cu salturi de dispoziție sufletească.

Astenia este principalul simptom și dușman al nevroticului, care îi scade randamentul social și prin aceasta generează conflictul intrapsihic dintre aspirații și incapacitatea de realizare a acestor aspirații, cu insuccesul final. Importanța asteniei la nevrotici explică de ce uneori cei neinițiați confundă noțiunea de nevroză cu cea de astenie.

Uneori se adaugă la simptomele psihice menționate tendințe la o imaginație excesivă și sterilă, în contrast cu voința care este incapabilă să susțină un efort mai important sau prelungit. Această astenie a voinței se poate asocia cu un egoism exagerat, care pretinde solicitudinea celorlalți, dar care oferă prea puțin în schimb. Se ajunge în asemenea cazuri la o personalitate căreia îi lipsește maturitatea psihică și implicit simțul îndatoririlor proprii, greu adaptabilă social, cu reacții inadecvate și care încearcă să-și rezolve momentele dificile din viața printr-un refugiu într-o boală imaginară. Aceste particularități definesc personalitatea pitiatică, caracteristică pentru nevroza pitiatică.

Trebuie subliniat faptul că nici un simptom nu este cu adevărat caracteristic nevrozelor. Toate simptomele nevrotice se pot întîlni și în unele boli ale diferitelor organe. De aceea, diagnosticul de nevroză nu este îndreptățit decît atunci cînd un examen medical foarte amănunțit și repetat a exclus orice fel de boală organică. Există două pericole. Acela de a se considera o nevroză drept boală organică și invers, acela de a se socoti o boală organică drept nevroză. Ambele aceste erori sînt dăunătoare pentru pacient, ultima fiind mult mai dăunătoare de obicei.

— Ce tratament se face în aceste afecțiuni și ce efect au curele sanatoriale?

Tratamentul nevrozelor trebuie individualizat în raport cu forma de nevroză și cu personalitatea bolnavului. E vorba totdeauna de un tratament complex, care asociază psihoterapia, ca tratament de bază, efectuat după diferite tehnici, cu tratamentul medicamentos al diferitelor tulburări viscerale, frecvențe în nevroze. Se asociază cînd e nevoie balneoterapia și fizioterapia; pentru ameliorarea asteniei și a stării generale, se prescrie un regim alimentar adecvat și se suprimă alcoolul și tutunul la cei în cauză. Este o recomandație importantă, întrucît cele două toxice produc adesea o simptomatologie nevrotiformă sau agravează simptomele unei nevroze coexistente.

Cura sanatorială, concediul medical, trebuiesc decise cu multă grije și discernămînt, deoarece ele pot crea dificultăți de readaptare la o viață socială activă.

— Pînă unde se poate vorbi despre o prevenire a nevrozelor și în ce constă aceasta?

Prevenirea nevrozelor este o problemă medico-socială care trebuie să cointereseze numeroși factori. Această profilaxie trebuie să înceapă din copilărie, prin educarea părinților și copiilor în sensul unei vieți de familie afectuoasă și armonioasă. Se prelungește în tot cursul perioadei școlare, incluzînd orientarea profesională a absolvenților. Se continuă apoi prin măsuri de igienă a muncii, adaptate la specificul fiecărei munci. Măsuri colective trebuie să combată o serie de factori nevrozanți specifici marilor aglomerări: poluarea, zgomotul, dificultățile transportului în comun. În sfîrșit, se impune educarea adulților în sensul unei vieți mai sănătoase, care să excludă toxicele curente, în primul rînd alcoolul și tutunul și să includă gimnastică și exerciții fizice diferite, ieșirea frecventă în natură și o viață activă și variată în general.

Realizator

Dr. Gh. M. GHEORGHE

CE ESTE SĂNĂTATEA MINTALĂ ?

A fi sănătos nu înseamnă doar a fi lipsit de o boală sau de o infirmitate. Sănătatea, în accepțiunea sa modernă, constituie o bună stare fizică, mintală și socială.

Din acest triunghi al sănătății (bună condiție fizică — sănătate mintală — comportament social echilibrat), prima latură este cel mai ușor de definit. Într-adevăr, este lesne de conceput cum sănătatea fizică presupune o creștere și dezvoltare armonioasă a corpului, integritate și bună funcționare a tuturor sistemelor și organelor, o bună condiție motorie exprimată într-o capacitate deplină de acțiune. Ultimile două laturi necesită însă o anumită aprofundare și ele constituie de cîteva decenii obiectul unor preocupări crescînde. Condițiile vieții moderne, care supun sistemul nervos unor mari și necontenite solicitări, necesitatea unei permanente și uneori rapide adaptări la un mediu într-un proces viu de mutație, toate acestea ridică pe un plan preponderent necesitatea ocrotirii sănătății mintale.

Potrivit cu o definiție larg concepută a termenului, sănătatea mintală traduce «aptitudinea de a stabili relații armonioase cu mediul înconjurător». S-ar putea deci afirma, în linii mari, că a fi sănătos sub raport mintal înseamnă a dovedi o capacitate de integrare creatoare în grupul, în comunitatea de viață în mijlocul căreia trăiește, ceea ce desigur implică favorizarea dezvoltării nestingherite a personalității umane, a valențelor sale.

Este evident că procesul de dezvoltare al unor noi orînduiri superioare, socialiste, avansate, implică în mod structural stimularea străduaniei omului de a-și valida potențialitățile în interesul său propriu și al colectivității, promovează cooperarea constructivă și colaborarea interumană, cultivă sentimentele de stimă reciprocă, de abnegație, de respect al demnității umane, ideile umanismului. Prin aceasta este direct favorizată sănătatea mintală.

Adaptarea devine însă mai dificilă în condițiile prefacerii mediului natural de altădată într-un mediu nou, adesea diferit, în condițiile apariției unor factori noi ai vieții moderne — cunoscuți astăzi din ce în ce mai larg sub denumirea de factori «stressanți» — care exercită o acțiune agresivă și generatoare de tensiune nervoasă și psihică. Împotriva acestor factori, organismul se apără prin capacitatea sa de adaptare. Iar atunci cînd resursele adaptive ale organismului sînt depășite, apar perturbările neuroendocrine și umorale corespunzînd «stress-ului», în înțelesul atribuit acestui termen de Selye. În mod concret, factorii stressanți amintiți sînt reprezentați de urbanizarea masivă — cu tot ceea ce aduce ea ca modificări profunde în felul de trai al unei părți importante a populației — de ritmurile accelerate în care decurge viața oamenilor societății moderne, de impurificarea mediului, de zgomotul în continuă amplificare, de «bombardamentul informațional», de suprasolicitarea cerebrală, de viață sedentară etc.

Numeroși oameni de știință, întemeindu-se pe datele unor cercetări ample efectuate cu deosebire în ultimii ani, consideră că în condițiile noi ale vieții moderne reacțiile «tradiționale» de adaptare au devenit insuficiente și că tocmai această adaptare insuficientă ar putea să explice frecvența crescută a unor boli, ca de pildă cele nervoase, cardiovasculare, alergice, endocrine etc.

Cînd e vorba de factori agresivi fizici, de un microb sau de un produs chimic, medicina poate găsi mai ușor soluții profilactice. Dar atunci cînd este vorba de factori ca schimbarea mediului de viață și de muncă, situația apare cu mult mai grea, mai ales fiindcă influența acestui fel de factori, interesînd în principal sfera psihicului, este adesea subapreciată. Așa cum un organism slăbit și neimunizat față de un germen patogen, poate contracta ușor o boală infecțioasă, deopotrivă persoanelor care nu sînt pregătite, călite în acomodarea la mediul în continuă schimbare sănătatea mintală le poate fi afectată.

S-a mai observat că eliminarea în sînge a adrenalinei (hormon fabricat de capsulele suprarenale — glandă cu secreție internă situată la nivelul polului superior al rinichiului) crește sensibil (pînă la 40%) în stările emoționale, în situații «stressante» etc., putînd determina creșterea tensiunii arteriale, tulburări ale ritmului cardiac și respirator etc. Au fost de asemenea constatate creșteri notabile ale secreției de adrenalină cu prilejul vizionării unor scene de violență la cinematograf sau a unor spectacole sportive agitate etc.

La aceste constatări pot fi adăugate o serie de afecțiuni cu caracter psihosomatic care își au punctul de pornire în diferite traumatisme psihice, în tensiuni nervoase cronice. Printre afecțiunile din această categorie se numără anumite stări astmatice, unele tulburări gastro-intestinale și chiar ulcerul gastric, durerile de cap cronice, afecțiuni ale aparatului circulator etc. Aceste afecțiuni se vindecă frecvent și în mod neașteptat doar la schimbarea mediului de muncă sau de viață, constituind prin aceasta o demonstrație a provenienței lor: tulburări de adaptare, într-un mediu în continuă tensiune și în permanentă contradicție cu starea de spirit a persoanei respective.

Fără a subaprecia dificultățile de adaptare la multiplii factori și stimuli ai civilizației moderne și nici structura personală proprie fiecărui om, trebuie să arătăm, totuși, că în majoritatea cazurilor tulburările de adaptare și mintale se datoresc nu unor tare ereditare, nici unor boli organice, ci unor deficiențe în stilul de viață, în educație.

Cunoașterea modului în care deficiențele menționate devin nocivități cu acțiune directă asupra sănătății mintale este deosebit de importantă pentru toți cei cărora le revine misiunea delicată a educării copiilor și tinerilor, și înainte de toate pentru familiile acestora.

Nu poate fi scăpat din vedere că de modul în care copilul este ajutat să-și dezvolte capacitatea de adaptare activă la mediu, de felul în care el își va făuri o manieră rațională, igienică, de activitate, de odihnă, de folosire a timpului liber, atîrnă atît comportarea lui prezentă în familie și în școală, cît și manifestările sale viitoare, ca adult, ca membru al societății de mîine.

Este știut că organismul copilului străbate o perioadă de intensă dezvoltare, că reactivitatea, mecanismele sale de reglare nu sînt încă bine forjate. Acesta poate face ca anumiți factori nocivi intra- sau extrafamiliali, cu un potențial aparent (dar numai aparent) neglijabil să provoace o mai rapidă tulburare a echilibrului mintal, apariția unor manifestări, care cu timpul devin deprinderi nesănătoase pentru psihicul copilului. Cunoscînd aceste aspecte și acționînd pentru înlăturarea factorilor de mediu defavorabil, sănătatea în ansamblu și cea mintală în special se dezvoltă nestînjenit, în mod armonios.

Conf. dr. P. PENCIU

Contribuția unor cercetări de igienă mintală la creșterea capacității de învățare

O direcție deosebit de importantă în care cercetările recente ale igienei mintale au adus o contribuție valoroasă, este aceea a creșterii eficienței în învățare și în munca profesională, fără folosirea eforturilor.

Analize minuțioase, în diverse planuri, a modului în care decurge învățarea, a dus la o serie de constatări noi și la recomandări, cu privire la modul de exercitare a atenției voluntare. Vom expune în rezumat o parte din aceste cercetări, care se referă la factorii perturbatori ai atenției voluntare.

Două categorii de factori

Se știe că atenția voluntară este tulburată de o mulțime de factori, care au fost împărțiți după originea lor:

1) Într-o primă categorie avem factorii exteriori, care provin din mediul înconjurător: un zgomot, o lumină, un incident oarecare, tulburînd atenția. Conduita firească este de înlăturare a agentului exterior, ceea ce permite reluarea activității întrerupte. Denumirea dată acestei situații este de conflict psihic.

2) Cu totul alta este situația în care factorul perturbator este lăuntric. În timpul în care atenția este fixată pe învățare, pe o activitate profesională, pe un obiect oarecare — pe care, spre a-l identifica îl vom denumi O — se ivește o preocupare, o idee, o amintire oarecare. Să deosebim cu litera A preocuparea de fixare a atenției asupra obiectului O și cu B preocuparea străină, perturbatoare. La un moment dat, acela care învață, constată că el nu mai urmărește obiectul O, mintea fiind dominată de factorul B.

Este evident că această situație este apreciată cu nemulțumire, care este însoțită de o stare de tensiune, de încordare; urmarea acestora sînt atitudinile de împotrivire, de sforțare, de constrîngere, spre a readuce atenția la preocuparea inițială. Adesea acestea sînt însoțite de contracturi musculare: o încruntare, o strîngere a buzelor, o încleștare a maxilarelor, ridicarea unui umăr etc.

Fiind reluată învățarea, după cîtva timp se constată din nou apariția unei preocupări de tip B și începe din nou sau se accentuează sforțarea de a o înlătura.

Astfel se constituie o contradicție între preocuparea de tip A și cea de tip B, iar obiectivul O dispare din atenție. Contradicția dintre preocuparea de tip A și preocupările de tip B a fost denumită contradicție subiectivă, deoarece factorul perturbator își are originea în subiect.

Dacă contradicția subiectivă și strădania de eliminare a factorului B durează și are intensitate, se provoacă o stare de istovire, de sleire. Deseori această senzație determină întreruperea activității de învățare sau de alt soi.

Diferențe între contradicțiile subiective, în raport cu momentul apariției lor

Contradicția subiectivă poate influența învățarea și în alte moduri și anume:

1. Încă înainte de reînceperea învățării, a doua zi sau mai tîrziu, poate să persiste amintirea celor petrecute și începerea învățăturii să fie întîmpinată cu sentimente de îngrijorare, frică, neliniște, cu hotărîri etc.

2. În momentul reînceperii învățării să se constate o stare de nemulțumire, de încordare, îndîrjire etc., cu contracturi intense sau moderate, mai mult sau mai puțin limitate; această stare poate fi de două feluri:

a) să se ivească în momentul reînceperii învățării, ca o reacție automată;

b) să fie o stare care a persistat, care a durat și n-a dispărut de la ultima ei apariție și să se intensifice o dată cu reînceperea învățării.

Să înțelegem fenomenele nervoase ale contradicțiilor subiective

Ar putea fi folositoare înțelegerea fenomenelor nervoase care se află la baza contradicțiilor subiective. Este evident că unei preocupări, îi corespunde o stare de excitație a unor celule nervoase din creier. În contradicția subiectivă, stării de excitație căreia îi corespunde preocuparea A, i se opune o stare de excitație a unor celule nervoase, care corespund preocupărilor de tip B; iar tensiunea, încordarea, contracturile, corespund unei generalizări a procesului de excitație, existent în celulele nervoase și la alți centri nervoși. De fapt, împotrivirea față de preocupările de tip B mărește starea de excitație în celulele nervoase respective, printr-o serie de mecanisme bine studiate.

Persistența stării de încordare, amintirile corespunzătoare, dovedesc persistența stării de excitație.

Propuneri

Igiena mintală, ca orice disciplină științifică, se preocupă de cunoașterea fenomenelor de care se ocupă, iar intervențiile ce le propune sînt în raport cu cunoașterile respective. De aceea nu preconizează încercări simpliste, neîntemeiate, de excludere sau suprimare a factorilor perturbatori de tip B. De asemenea, înlătură problematica cu caracter absurd pe care o ridică orice sforțare în acest domeniu, cum ar fi:

1. Cine pe cine constrînge?
2. Cine anume face sforțarea?
3. Asupra cărui obiect se exercită sforțarea, constrîngerea?
4. Din ce este constituită constrîngerea, sforțarea?

Igiena mintală consideră că atitudinile trebuie diferențiate în raport cu natura fenomenelor.

1) În conflictul psihic, în care factorul perturbator este exterior, este suficientă identificarea și înlăturarea acestui factor.

2) Și în contradicția subiectivă se cere observarea și identificarea factorului perturbator, precum și semnificația lui, care poate fi diferită:

a) s-ar putea ca preocuparea de tip B să aibă importanță, valoare; în acest caz poate fi notată pe o hîrtie și să i se fixeze o dată la care să fie rezolvată;

b) s-ar putea ca ideea perturbatoare să fie apreciată ca lipsită de valoare; în acest caz, dacă nu se ia nici o atitudine, dacă nu este nici acceptată și nici respinsă, ea va dispare din conștiință. Atenția poate avea un cîmp mai larg sau mai îngust; dacă nu se face sforțarea de îngustare și fixare, se constituie o capacitate de cuprindere lărgită, iar celelalte fenomene nu se mai produc, ele fiind legate de încercările de excludere, de împotrivire.

3) Este posibil ca încă înainte de a începe învățarea sau activitatea profesională, să existe amintirea nemulțumirilor, a sforțărilor sau să existe chiar o încordare, o înverșunare, o hotărîre de a învinge eventualele piedici; sau să existe o apreciere a activității respective, ca dificilă, ca neplăcută. Este firesc ca în astfel de dispoziții și predispoziții să apară reacții la apărare și stări de împotrivire.

De aceea, nu numai în cursul învățării, dar chiar și înainte de a o începe, se recomandă să existe o autoobservare a propriilor atitudini și reacții. Este evident că o stare în care există relaxare, destindere, înlesnește învățarea; dar acestea, este tot atît de vădit, nu pot fi obținute prin sforțări. Numai o autoobservare liniștită, obiectivă, cu convingerea bine stabilită a zădărniciei oricărei sforțări, poate determina asemenea stări și asigura existența unei atenții de durată și eficiență.

Cele expuse mai sus nu au valoare decît în experimentarea lor; descriptiv sînt lipsite de utilitate, chiar dacă sînt aprobate și apreciate chiar ca convingătoare.

Dr. S. DIAMANT - PETRESCU

Probleme sexuale ALE ADOLESCENTULUI ȘI SĂNĂTATEA MINTALĂ

O dată cu marile prefaceri sociale, sexualitatea se eliberează mereu mai mult de lanțurile și vechile prejudecăți burgheze, mistico-religioase, ale «păcatului», fricii, vinovăției. Este știut cît de numeroase erau cîndva (și mai sînt desigur și astăzi, dar nu în aceeași proporție) tulburările psihice, afecțiunile mintale în rîndurile tineretului, mai ales feminin, datorită acestor concepții retrograde.

Egalitatea în drepturi dintre bărbat și femeie, procesul de independență economică a femeii, sprijinul multilateral ce se acordă femeii, tineretului, familiei, favorizează formarea unei concepții despre relațiile dintre sexe, întemeiată pe demnitate și considerație mutuală, pe afecțiune și nu pe interese meschin-economice, egoiste.

Ne aflăm deci în prezența unor condiții noi care înlesnesc integrarea tînărului în viață, stabilirea între tinerii de sex opus a unor legături de natură să favorizeze multilateral sănătatea lor.

Dar, pe lîngă toate acestea, există numeroase fenomene ale vieții moderne de care trebuie să țină seama părinții și educatorii pentru a-i înțelege pe tineri și a ști cum să-i sprijine.

Studii efectuate pe mari loturi de populație, la noi ca și în numeroase alte țări, relevă astfel că în ultimele decenii are loc un fenomen de maturizare bio-fiziologică precoce a tinerei generații, o pronunțată accelerare a dezvoltării organismului și a dezvoltării sexuale a copiilor.

În țara noastră, în mediul urban, prima menstruație a tinerelor fete survine în prezent în medie la 13 ani și 3 luni, concomitent cu apariția timpurie și a celorlalte caractere sexuale secundare. La fel apar mult mai precoce, la băieți, poluțiile și celelalte modificări fiziologice proprii pubertății. Această dinamică biologică se evidențiază și prin impulsuri sexuale mai timpurii, mai vii, ceea ce poate să se manifeste sub forma unor stări tensionale, de agitație, care însă nu trebuie considerate cîtuși de puțin ca stări patologice, de boală.

Un alt fenomen inerent civilizației moderne și de care trebuie să se țină seama în vederea menajării psihicului adolescentului, este avalanșa de materiale informative, filme, publicații ilustrate, inclusiv reclama comercială, care folosesc uneori abuziv nuanțe erotizante spre a deveni mai atractive. Toate acestea vin pe diferite canale și asaltează uneori efectiv psihicul tînărului.

Desigur, la noi situațiile de acest gen survin sporadic, izolat și nu e loc pentru nici o comparație cu excesele dintr-o serie de țări în care se difuzează pe scară de masă o literatură pornografică obscenă, filme «sex + violență», ce împing la promiscuitate sexuală, la dezumanizare și adesea la perversiuni sexuale.

Sexualitatea constituie o componentă esențială a vieții tînărului. Echilibrul său psihic depinde în mare măsură de modul în care preocupările sale

sexuale reușesc să se împletească armonios cu toate celelalte componente ale făpturii sale.

Să nu uităm! La această vîrstă tînărul trăiește intens o viață lăuntrică, frămîntat de diferiții stimuli și sentimente, de variatele manifestări ale afectivității sale. Este perioada cînd se ivesc și prind contur sentimentele de prietenie, de tovărășie, de dragoste, cînd tînărul este pus în situația de a acționa potrivit cu valorile morale ale societății în care trăiește. Viața sa emoțională, preocupările sale pot fi uneori total stăpînite de sentimentul iubirii, de pasiunea față de ființa iubită, căreia îi acordă o încredere și aprecieri deseori superlative. Nu trebuie însă neglijat faptul că discernămîntul său este încă labil, că atitudinile și manifestările sale apar deocamdată ca pripite, uneori excesive, că sentimentele lui au un caracter fluctuant, instabil, fiind ușor influențabile.

În această situație, părinții au misiunea deosebit de dificilă de a fi cît mai aproape de copilul lor, de a discuta cu el, spre a-i cunoaște frămîntările, a afla care sînt problemele lui și a-l putea îndruma la timp.

Unii tineri, mai ales cei care n-au reușit să stabilească relații apropiate, de încredere cu părinții, au tendința de a-și ascunde trăirile afective, încearcă uneori sentimente de vinovăție, de rușine, ceea ce le poate altera sănătatea mintală.

Părinții care se străduiesc să înțeleagă sentimentele intime ale copilului lor știu că atracția sexuală dincre tineri se manifestă de obicei la început sub forma unei prietenii, a unei stări afective în care instinctul sexual nu se relevă în mod direct. Este situația cînd între tinerii de sex opus se pot pune temeliile unei prietenii serioase, care să evolueze spre o legătură durabilă și treptat spre căsătorie. Lucrul este posibil, știut fiind că la această vîrstă tînărul simte puternic necesitatea unei prietenii care să-i dea și să-i solicite încredere, devotament, spirit de abnegație.

A ști să folosești aceste resorturi, specifice adolescentului, și totodată să aduci lumină în conștiința tînărului cu privire la pornirile sale instinctuale, înseamnă să-l ajuți să-și formeze o concepție și un comportament sănătos pe acest tărîm al vieții sale. Și, ceea ce este esențial, tînărul va putea fi îndrumat spre a evita să cadă în mrejele unor relații interesate, pasagere, care sînt de obicei izvor de dezilzii, de traume psihice.

Apelînd la sentimentul demnității personale a tînărului, la forța voinței sale, la propriile sale interese, un părinte atașat de copilul său și perseverent va putea să evite alunecarea acestuia pe panta unor stări de adevărată agitație sexuală. Desigur că nu trebuie căzut nici în extrema izolării copilului, a interzicerii (de altfel iluzorie) a legăturii de prietenie dintre tinerii de sex opus. Este chiar sănătos să încurajăm relațiile și prieteniile care dovedesc temeinicie, seriozitate. Esențialul pentru sănătatea fizică și mintală a tînărului este ca aceste legături să se întemeieze pe sentimente sincere, de apreciere și respect reciproc, pe idealuri și perspective comune, să fie izvor de stimulare în muncă și realizări.

Desigur că aceste probleme sînt foarte greu de soluționat: instinctele sînt puternice, ambianța de viață nu este totdeauna cea mai favorabilă, asupra copiilor acționează uneori puternice influențe negative, care pot duce la o contaminare cu vulgaritate și pornografie, favorizînd impulsurile primare, instinctuale.

Ceea ce trebuie reținut de către părinți și educatori este faptul că și în țara noastră, la fel ca în toate țările înaintate, există un proces de erotizare a tineretului, determinat de factorii mai sus amintiți. Aceasta impune cu atît mai mult o atenție mereu trează pentru sănătatea mintală a tinerilor, supravegherea și îndrumarea lor la timp.

dr. P.P.

HORMONII PROSTATA ȘI VÎRSTA

Puțini bărbați cunosc rolul și importanța prostatei în organism. Cei mai mulți consideră că aceasta este treaba doctorului. Numai că în anumite situații bărbatul este nevoit să afle de existența acestei glande și mai ales să simtă tulburările pe care le poate provoca în organism

Să urmărim de pildă pe tînărul S.D. de 28 de ani, care se plimbă nerăbdător în fața cabinetului de urologie. Totul s-a întîmplat după o vacanță plăcută, în care a petrecut serile cu fete simpatice și pline de viață. Este adevărat că a fumat și a băut cam mult, dar o singură dată pe an este vacanță. Și-ar aminti poate cu mai multă plăcere de nopțile înstelate de vară, dacă nu ar avea unele necazuri. De cîtva timp are senzații ciudate pe canal, un fel de usturime și mîncărime, însoțite dimineața de o scurgere, ce este drept, abia simțită, cît o picătură. Uneori ejacularea este dureroasă, iar în dreptul vezicii urinare are senzație de apăsare.

În sala de așteptare, electricianul V.I. de 26 de ani răsfoiește, stînd pe o bancă, o revistă medicală. A dus o viață cam dezordonată; nu a avut timp să se îngrijească. A avut, ca alți tineri, boli venerice, pe care le-a tratat cum a putut, uneori cu întîrziere, alteori întrerupînd tratamentul înainte de vreme. De mai multe luni însă, starea sănătății s-a înrăutățit. Dureri difuze în regiunea genitală îl împiedică să se concentreze și îi tulbură somnul. Scurgerile inexplicabile, durerile și usturimile la urinare, cît și tulburările la ejaculare, îl frămîntă în mod deosebit și îl determină să cutreiere diverse cabinete medicale.

Inginerul M.N. a împlinit de curînd 59 de ani și se simte în plină putere. Îl deranjează doar faptul că este nevoit să se scoale de mai multe ori noaptea pentru a urina. Probabil consumă prea multe lichide. Dar cu toată restricția de lichide, senzația imperioasă de urinare se menține. Uneori urinează greu, cu firișoare de sînge și are senzația de greutate în regiunea genitală. De altfel și potența sexuală a scăzut mult.

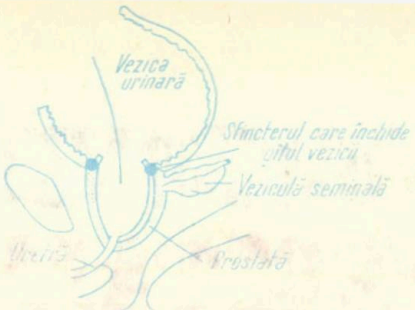
Toți acești bărbați află de la medic că prostata, care poate produce necazuri la toate vîrstele, s-a inflamat sau s-a mărit de volum.

CE SECRETE ASCUNDE ACEASTĂ GLANDĂ ȘI CÎT DE UTILĂ ESTE EA?

Situată îndărătul și sub vezica urinară, prostata face parte integrantă din aparatul genital al bărbatului, de unde și denumirea de glandă sexuală secundară. Își face apariția de timpuriu și este controlată de sistemul endocrin în tot cursul vieții. Dezvoltarea ei începe la făt, în viața uterină, sub influența hormonilor secretați de mamă. După naștere, lipsind hormonii sexuali, glanda regresează. Abia la pubertate, o dată cu intrarea în funcție a testiculelor care secretă hormonul masculin — testosteronul — prostata crește, ajungînd la adult de mărimea unei castane. Sub imboldul hormonilor, prostata începe să secrete. Aceasta este de altfel funcția ei esențială. Avînd o structură complexă, glandulară și musculară, prostata secretă un lichid ușor acid, foarte bogat în diverse substanțe: fermenți (fosfataza acidă ș.a.), acid citric, grăsimi, prostaglandine etc. Unele substanțe se găsesc în concentrații foarte mari, ca de pildă fosfataza acidă, care se află într-o concentrație de 1 000 de ori mai mare decît în alte țesuturi. Secreția prostatei este indispensabilă desfășurării procesului de reproducere. Ea contribuie la formarea lichidului spermatic care vehiculează spermatozoizii. Prin compoziția sa lichidul prostatic menține mișcările spermatozoizilor și îi ajută să supraviețuiască. În lipsa hormonilor sexuali (la copil, la bătrîn sau în insuficiențele testiculare) prostata rămîne mică și nu mai secretă. Tratamentul cu hormoni androgeni o ajută să se dezvolte.

INFECȚIILE PROSTATEI

Prostata se poate infecta. În acest caz secreția ei se tulbură, apar leucocite și globule de puroi. Afecțiunea este denumită prostatită. În acest mediu infectat, spermatozoizii își pierd energia, devin imobili, ceea ce determină sterilitatea bărbatului. Prostatita este frecventă la tineri și poate fi cauzată de o infecție directă, transmisă pe cale uretrală (cu stafilococ, bacili coli, gonococ, proteus sau trichomonas) sau



pe calea sîngelui, provenită de la un focar de infecție îndepărtat (dentar sau amigdalian), sau de la un focar din vecinătate (tuberculoză urinară). Dacă infecția nu este tratată la timp microbii se cuibăresc în prostată, unde găsesc mediu prielnic dezvoltării lor, iar prostatita devine cronică. Bolnavul urinează greu, sperma este sanguinolentă, ejaculările sînt dureroase sau precoce, însoțite uneori de tulburări de erecție. Excesele sexuale, abuzul de tutun, alcool și medicamente, congestionează prostata și agravează fenomenele existente. Se știe că alcoolul și anumite medicamente se elimină și prin prostată, influențînd astfel calitatea spermei. Tratamentul prostatitei dă rezultate cu atît mai bune cu cît este aplicat mai devreme. El constă în administrare de antibiotice, băi calde de șezut, supozitoare calmante, masaje. În prostatita cronică, evoluția afecțiunii durează și pot apare complicații urinare. Palparea prin tact rectal găsește o prostată mărită și dureroasă. Masajele de prostată golesc glanda de puroi și de toxine. Uneori este nevoie să se intervină chirurgical.

DE LA ADENOM LA CANCERUL PROSTATEI

Există însă și afecțiuni ca **adenomul** sau **hipertrofia de prostată** și **cancerul de prostată**, a căror apariție este favorizată de o dereglare hormonală. Perturbarea se produce paralel cu înaintarea în vîrstă, cînd secrețiile hormonale scad. De aceea, la bătrîni atrofia prostatei este frecvent întîlnită. Uneori în jurul vîrstei de 60 de ani, palparea prin tact rectal descoperă apariția unuia sau a mai multor noduli. Hipertrofia sau adenomul de prostată este o afecțiune benignă în sine și curabilă. Se pot ivi însă complicații datorită creșterii de volum a nodulilor care produc fenomene de compresiune, avînd drept urmare tulburări în evacuarea vezicii, stază urinară și infecții urinare. Toate aceste fenomene impun înlăturarea adenomului pe cale chirurgicală. Deseori însă, adenomul se oprește în evoluție și nu mai necesită tratament. Hipertrofia de prostată este atribuită perturbării echilibrului între hormonii estrogeni și cei androgeni, în sensul creșterii primilor și scăderii concentrației de hormoni masculini. De aceea, alături de tratamentul cu extracte deproteinizate de prostată (Raveron, ș.a.) se pot asocia cu rezultate bune cantități mici de testosteron, dar numai sub supraveghere medicală.

Cancerul de prostată este o boală a vîrstei înaintate. Datele statistice au arătat creșterea frecvenței cancerului de prostată în ultimele decenii. Studii pe aproximativ 40 000 de bărbați autopsiați și pe alte 10 000 autopsii au indicat o incidență a cancerului de prostată de 0,85% și respectiv 2,5%, afecțiunea tumorală fiind cel mai ades în stare latentă. Cercetări efectuate în S.U.A. au arătat frecvența mare a cancerului de prostată — 40% la bătrînii între 80 și 90 de ani. Afecțiunea are predilecție pentru anumiți lobi ai prostatei și este influențată de tratamentul cu hormoni. Astfel, hormonii androgeni (testosteronul) accelerează creșterea tumorii; în schimb tratamentul cu hormoni estrogeni are drept urmare ameliorarea rapidă a bolnavului. Tratamentul hormonal, cît și cel chirurgical împreună cu citostaticele, creează în prezent posibilitatea unei supraviețuiri îndelungate, mai ales dacă tratamentul este instituit la timp. În genere evoluția este cu atît mai înceată, cu cît bolnavul este mai în vîrstă. S-au constatat supraviețuiri și de 12 ani, sub tratament, la bărbați peste 70 de ani. Nu trebuie uitat că în afara cancerului care evoluează, există și forme de cancer latent, care devin active numai dacă sînt stimulate de factori nervoși sau hormonali. În declanșarea bolii mai intervin factorii ereditari, cît și reactivitatea individului la schimbările echilibrului hormonal.

Așadar, prostata este o glandă care crește tot timpul vieții și este în permanență sub influența hormonilor sexuali. Dezvoltarea normală a prostatei este condiționată de hormonii masculini. Tot ei sînt cei care împiedică atrofia glandei la bătrîni și la tinerii cu insuficiență testiculară. La vîrstnici tratamentul cu testosteron nu este contraindicat decît în cancerul de prostată, dar administrarea sa se va face cu precauție și numai la recomandarea specialistului.

Din cele expuse reiese obligativitatea controlului periodic al prostatei la bărbații care au depășit vîrsta de 55 de ani. În acest fel pot fi depistate la timp modificările de volum și de consistență ale glandei, ceea ce crește totodată și eficiența tratamentului.

MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU
doctor în medicină
Institutul de Endocrinologie

Tulburările menstruale la pubertate

Pubertatea este o epocă hotărîtoare în viața oricărei femei, epocă în care fetița, după o serie de transformări anatomice și psihice, devine o tînără fată — complet transformată, aptă de a face față vieții mature.

În această perioadă, care durează în medie 5—8 ani, modificările cele mai intense se produc în procesele de creștere și de sexualizare, ambele dependente de hormonii secretați de glanda hipofiză și de ovar.

Creșterea este progresivă și lentă, realizînd în final talia adultă.

Sexualizarea cuprinde dezvoltarea aparatului genital și a caracterelor sexuale feminine. Cînd procesul de sexualizare atinge un grad de dezvoltare, apare prima menstră — eveniment memorabil în viața oricărei femei. Data primei menstre trebuie reținută, deoarece orice examen medical trebuie să țină seama de vîrsta și de caracteristicile primei menstre.

În mod normal, la noi în țară, menstrele apar la fetițele între 11 1/2 și 13 1/2 ani. Pînă la 14 ani mama poate să aștepte liniștită, mai ales dacă fetița are o dezvoltare generală mai întîrziată.

Dar dacă nu apare menstra nici după vîrsta de 14 ani, orice mamă trebuie să se adreseze medicului endocrinolog, care, după examenul clinic completat cu eventuale radiografii și analize hormonale, va stabili dacă este vorba de o simplă întîrziere de apariție sau de un proces patologic. Eventual, va indica un tratament.

Lipsa menstruației după vîrsta de 18 ani trebuie considerată ca o boală: amenoree primară. Este de dorit ca fetița să fie

internată pentru a stabili cauzele care determină absența menstrei. Medicul endocrino-ginecolog poate găsi fie o dezvoltare anormală a aparatului genital — cu care fetița s-a născut, dar a trecut neobservată, fie o afecțiune endocrină la nivelul hipotalamo-hipofizar, fie o peritonită, cel mai ades de origine tuberculoasă. Am amintit cauzele cele mai frecvente; în realitate sînt cu mult mai numeroase. Oricare din aceste cauze morbide are tratamentul său specific.

În general, dacă prima menstră a venit mai devreme, urmează o perioadă de cîteva luni în care nu mai apare. Mama nu trebuie să se îngrijoreze, neregularitățile menstruale din primii 1—2 ani denotînd numai un echilibru endocrin greu de stabilit. Totuși se va consulta medicul care va aprecia dacă este cazul ca fetița să urmeze vreun tratament sau, în funcție de dezvoltarea genitală și generală, să aștepte restabilirea fiziologică a unui proces în curs mai lent.

Dar primele menstre pot avea un aspect patologic și prin caracterul lor excesiv, chiar hemoragic. Fie că menstrele sînt rare și se termină prin pierderi abundente și prelungite, fie că sînt prea dese, fie că sîngerările nu mai au nici un ritm (o pauză de cîteva zile fiind urmată de pierderi de cîteva zile sau chiar săptămîni), fetița pierde mult sînge, este slăbită și chiar anemiată. Nu rareori anemia este atît de gravă încît este nevoie să se recurgă la transfuzii.

Aceste sîngerări prea abundente sînt destul de frecvent întîlnite și cel mai des au o cauză neuropsihică (teama de examene, emoții, supărări familiale, certuri între părinți). Ele sînt efectul unei secreții anormale de hormoni hipofizari, unul dintre aceștia (LH) fiind inhibat de factori neuropsihici.

Mult mai rar, menstrele cu caracter hemoragic sînt datorite unor boli de sînge care apar sau devin evidente la pubertate. Prin examene complete ale sîngelui se poate preciza diagnosticul și institui tratamentul.

Orice fetiță care pierde sînge prea abundent la menstră, trebuie de urgență să consulte medicul ginecolog, care va aprecia gravitatea anemiei și eventual va interna fetița. În aceste cazuri, care uneori iau un caracter extrem de grav, odinioară se recurgea la desvirginare și la curetajul uterin. Grație progreselor endocrinologiei, aceste drame pot fi astăzi evitate. Prin tratament hormonal și neurologic cu sedative, se obține o rapidă oprire a sîngerării. Un tratament de întărire a organismului cu fier, extracte hepatice și vitamine va grăbi restabilirea și reîntoarcerea cît mai grabnică la școală sau la muncă. Fetița va rămîne sub controlul permanent al medicului.

Iată cîteva din tulburările menstruale pe care le poate avea o fetiță la pubertate. Cauzele atît de diferite și tratamentele uneori cu caracter de urgență, necesită în aceste cazuri o supraveghere medicală, chiar internarea într-un serviciu de endocrinologie sau de ginecologie.

Totodată, mama va cere fetiței să ajute medicul în stabilirea diagnosticului și instituirea tratamentului printr-o observație amănunțită a caracterelor menstrei (durată, cantitate). În acest scop recomandăm ca pe un calendar sau pe o agendă să fie notate, de preferință cu creion roșu, în fiecare lună zilele de menstră sau pierderile de sînge. Se vor aduna, an de an, date importante care servesc medicului în aprecierea funcției ovariene și, mai tîrziu, vor servi pentru orientare, în toată perioada adultă.

DR. ANETA DĂNILĂ-MUSTER
Doctor în științe medicale

Din cugetările UNUI ASTENIC

* * *

- Ciudat om: chiar și pe drumul pe care și-l croiește singur, ar vrea să găsească indicatoare.
- Să ne înțelegem: îmi place muzica, dar la ora care-mi convine mie.
- Te știam om bun. Altminteri veneam altădată.
- Un diagnostic greșit e uneori mai rău decît o boală.
- Adesea, norocul procedează ca hoții. Intră pe fereastră cînd nu sîntem acasă.
- Omul de paie n-a fost pus în cîmp ca să prezinte moda.
- «Parcă-mi lipsește ceva» spuse ea întorcîndu-se de la divorț.
- Cîți se pot lăuda cu greșelile lor, precum Flemming cu penicilina?
- Și ochii trebuie, uneori, să tacă.
- Nu se apleacă decît în fața pragurilor foarte înalte.
- Trebuie să ai atîta încredere în tine, încît la nevoie să-i poți convinge și pe alții.
- «Te iau așa cum ești» i-a spus tînărul, bătrînei miliardare.
- Mai bine un nedelicat care îți spune adevărul în față, decît un om amabil care ți-l spune prin alții.
- Nu trebuie să uităm — spuse istoricul — că avem în față un trecut de cîteva milioane de ani.

* * *

- Faptele bune se întorc acasă ca pisicile.
- Viața acestui om a fost exemplară, dar nu s-a observat decît cînd a făcut o greșeală.
- Și totuși, femeile nu au renunțat la flori; și le cumpără singure.
- Femeile inteligente se evită. Ca și cele frumoase, de-altfel.
- Ignorant nu e cel care nu a citit o bibliotecă întreagă, ci cel care nu știe nici măcar unde se află.
- E ca o ancoră. Ca să se prindă de ceva, e nevoie să fie aruncat de un altul.
- Graba nu e bună decît dacă sîntem chemați să salvăm viața unui om. Și nici atunci, dacă nu ne pricepem.
- În clipa în care te-ai rătăcit, altă semnificație au copacii.
- Dacă lupta s-ar duce numai cu ideile, mulți deștepți ar cădea la datorie.
- Amorul nu poate fi decît propriu.
- Cine vrea să facă lumea mai frumoasă, trebuie să înceapă cu pustiul.
- Nu mă vînd. Ce m-aș face fără mine?
- Cum? Raiul n-a existat? Atunci ce ne oprește să facem unul?
- Nu vreau să fiu nici pușcă, nici glonț. Și mai ales, cel care trage.
- Viața lîngă un pesimist e foarte grea. Pentru el.

RODICA TOTT

ÎNȚEPĂTURI DE SERINGĂ

Uneia...

Ca nud, pozezi peste măsură
Băieților de la pictură;
Să se mai spună vreodată
Că nu ești un «model» de fată!

În ciuda criticilor repetate, calitatea chibriturilor rămîne uneori deficitară

E-o bagatelă, doar, firește
Dar ce denotă acest semn?
Că fosforul, de fapt, lipsește
Și altor... capete de lemn.

Timp și spațiu-unor funcționari birocrați

Pe al științei portativ
O nouă lege-a apărut;
Cînd spațiul este ... locativ
Atuncea timpul e ... pierdut.

Din gîndurile unui student chiulangiu, în timpul examenului cu profesorul dr. Th. Riga, posesorul unei respectabile bărbi

Privindu-i fața expresivă
Un gînd a început să-l fiarbă.
Îl chinuia o perspectivă:
Că n-o să-i poată pune «barbă».

Ședințomanie

Și voi, în orele tîrzii
V-ați întrebat, cred, cîteodată:
De ce, cînd «ordinea-i de zi»
Ședința ține noaptea toată?

Barzilor englezi de ieri și de azi

Ieri animați de artă sfîntă
Cîntau din lira lor divină;
Azi, tot la fel, din liră cîntă
Numai că lira e... sterlină.

Pe culoarele spitalului Brîncovenesc, situat în vecinătatea Pieței de Flori, studenții mediciniști fac uneori prea mult zgomot

O îndoială ai în față
Cînd zgomotele te-asurzesc;
Brîncovenescul e în piață
Sau piața e-n Brîncovenesc?

La moartea unui alcoolic

Fie-i, doamne, somnul lin!
A-ncheiat popa Ilie
Dar cînd îl stropi cu vin
Cît pe-aci era să-nvie ...

Unui local

Cunosc un birt
(Numele-mi scapă);
Serviciu-i «spirt»
Dar spirtul ... apă.

Unei corijente cochete

Cea mai simplă întrebare
În dilemă grea o pune:
Are-n păr soare-răsare
Iar în cap ... soare-apune.

*****

La moartea unui codaș

Și cînd, spre Belu, trista ceată
Îl conducea încetișor
Codașul, pentru prima dată
A stat în fruntea tuturor.

Soția artistului

Doar o remarcă vreau să fac
Privind artistul și consoarta;
Lui, toate artele îi plac
Ei, una singură ... Romarta.

*****

Unui chirurg epigramist

În cinci spitale a rămas
Vestit prin cruntul său măcel
Dar în satiră e un as:
Nu are victime la fel.

Muzică sincopată

Un saxofon agoniza
În ritmul jazzului strident ...
Ei spun: talent de-a sincopa
Eu cred: sincopă de talent.

*****

Concurs de admitere la institutul de teatru...

Un glas, pe scenă, se-auzi:
«De ce nu-mi vii? De ce nu-mi vii?»
Răspunse... juriul plictisit:
De ce-ai venit? De ce-ai venit?

Uneori, analizele de laborator sînt superficiale și nu reflectă starea reală a bolnavilor

Cînd moartea s-a apropiat
De-un biet bolnav, el i-a strigat:
Degeaba tot îmi dai tîrcoale
Am ... analizele normale

*****

Unui chirurg

Chirurgul, popa și groparul
Ce buni amici sînt între ei:
Cel care-l caută pe primul
Îi întîlnește pe toți trei.

Reputatului epigramist V. D. Popa

Astfel zici de vezi cum scrie
Și gîndești, de bună seamă;
Ve De Popa ... liturghie
Dar nu vede epigramă

*****

DR. GRIGORE LUPESCU

Bolnavul...

Și-au pus munții proaspăt strai de sărbătoare.
Gică-i în concediu. E frumos, răcoare,
Vremea-i minunată, să tot stai la

Cadru de idile, cunoștințe noi
Și cît mai discrete întîlniri în doi
Că dacă se aflăăă ...iese tără

Să nu bănuiască soața lui nimic,
A recurs el Gică, la un șiretlic:
I-a scris o scrisoare și a pus-o-n

Scumpa mea soție, n-am noroc și gata!
De o săptămînă, vremea, blestemata
Parcă-mi face-n ciudă; plouă cu

Datorită vremii rele, păcătoase
Nici nu ies din casă; stau cu haine groase
Și simt umezeala că-mi pătrunde-n

M-au văzut trei doctori de la dispensar,
Am luat aspirine, însă în zadar
Că tușesc într-una, parcă-s un

Soțioara, fără a-l mai anunța,
A plecat acolo, mirosind ceva.
El cînd a văzut-o, a făcut doar:

Ce-a urmat — privindu-l — poți să îți dai seama
Pe obraz îi este scrisă toată «drama»
Însă el susține că-i de vină

FLORIN IORDĂCHESCU

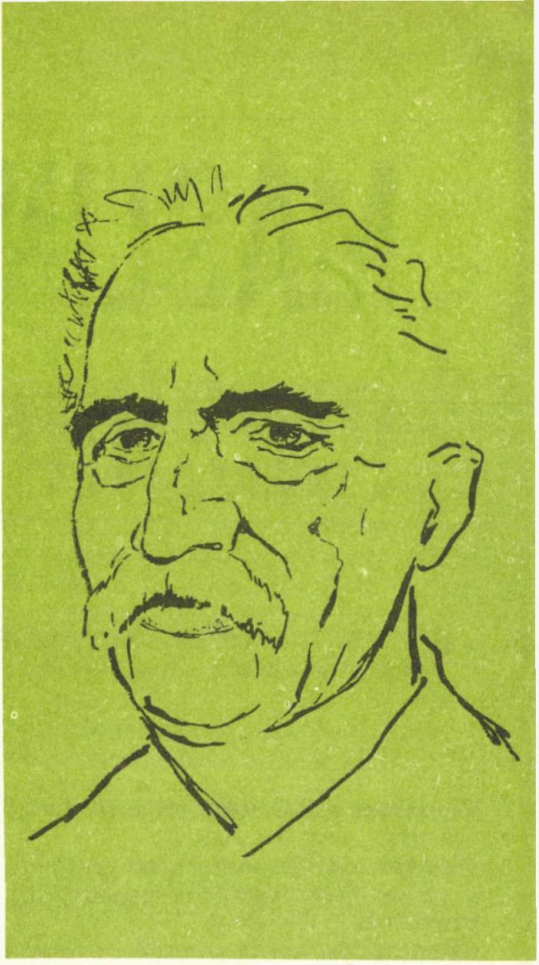
MĂSLINE ...măslinii...

Vînzătorul: Dumneavoastră ce doriți?
Clienta: Aveți măsline?
Vînzătorul: Măsline? Pentru ce?
Clienta: Pentru gătit cu iepure.
Vînzătorul: De cîmp?
Clienta: Mai există și altfel de iepuri?
Vînzătorul: Da. De ciocolată... L-ați cumpărat?
Clienta: L-a vînat soțul meu.
Vînzătorul: Cînd?
Clienta: Nu îmi amintesc.
Vînzătorul: Luați Glutacid.
Clienta: Pentru iepure?
Vînzătorul: Pentru memorie.
Clienta: Eu vreau măsline.
Vînzătorul: Nu-s bune la memorie.
Clienta: Știu. Sînt bune la iepure. Așa că să revenim la măsline.
Vînzătorul: Care măsline?
Clienta: Pentru iepurele de cîmp.
Vînzătorul: Un moment. Cu ce a fost vînat?
Clienta: Cu pușca.
Vînzătorul: Cîte gloanțe are?
Clienta: Iepurele?
Vînzătorul: Pușca.
Clienta: Două.
Vînzătorul: Ce culoare?
Clienta: Pușca?
Vînzătorul: Iepurele. Că, știți, există măsline mai verzi și măsline mai măslinii.
Clienta: Puneți-mi un kilogram de care o fi și vin cu bonul.
Vînzătorul: Care bon?
Clienta: De la casă.
Vînzătorul: Ce casă?
Clienta: Păi nu trebuie să achit?
Vînzătorul: Ce anume?
Clienta: Măslinele.
Vînzătorul: Care măsline?
Clienta: Mai verzi sau mai măslinii.
Vînzătorul: Regret, dar v-ați hotărît prea tîrziu. Măslinele s-au terminat azi dimineață și aducem după masă.
Clienta: Atunci pentru ce mă tot chestionați?
Vînzătorul: Pentru ziua de ieri, cînd am venit la dumneata la fișierul policlinicii. Mi-ai pus atîtea întrebări, de parcă eram la examenul de bacalaureat. Iar cînd ai terminat dumneata întrebările, terminase și stomatologul consultațiile!

V. D. POPA

CENTENARUL NAȘTERII DOCTORULUI

Albert Schweitzer



Acela care în anul 1952 avea să fie distins cu Premiul Nobel pentru pace, s-a născut acum o sută de ani, respectiv la 15 ianuarie 1875, în satul alsacian Kayserberg. După ce a absolvit facultățile de teologie, filozofie și muzică, el a renunțat la comodele și avantajoasele cariere pentru care se pregătise și simțind imboldul de a se devota prin fapte nobilei cariere de a alina suferințele umane, s-a înscris în anul 1906 la Facultatea de medicină din Strassbourg, obținînd diploma de medic în 1912. Prietenii și cunoscuții au fost surprinși de această hotărîre: unii nu înțelegeau de ce renunța la cariera pe care și-o crease; alții se întrebau de ce vroia să plece în Africa în calitate de medic și nu de misionar. Tuturor le-a dat un singur răspuns: «Cu cît mă gîndesc mai mult, cu atît mai ciudat mi se pare că noi, europenii, care dispunem de atîtea mijloace de a combate suferința fizică, dăm atît de puțină atenție marii sarcini umanitare care ni se oferă în țările îndepărtate».

După obținerea titlului de doctor în medicină s-a căsătorit, iar în primăvara anului 1913 a plecat în Africa ecuatorială franceză, stabilindu-se în Gabon. Aici, în inima vegetației sălbatice, pe malul rîului Ogoje, în apropierea localității Lambaréné, doctorul Albert Schweitzer a amenajat un spital pentru populația băștinașă.

Îmboldit de simțul datoriei și al generozității, el s-a dedicat cu întreaga ființă acestei misiuni puse în slujba umanității. Cu fondurile pe care le adunase în Europa dînd concerte a amenajat un fel de spital, care la origine nu era decît o baracă de 8 m lungime pe 4 m lățime și acoperită cu frunze; aici, doctorul Schwei-

tzer a practicat medicina, fiind ajutat numai de un infirmier african și de soția sa, care se pregătise în prealabil în Europa pentru misiunea de infirmieră. Dar numai după un an, întreaga lui muncă și realizare au fost amenințate de declanșarea primului război mondial. Fiind supus german, el a fost invitat în anul 1914 de către autoritățile franceze ca să închidă spitalul; dar după un an, sub presiunea unor epidemii, autoritățile au trebuit să revoce această hotărîre. Timp de cîțiva ani a întreprins călătorii în numeroase țări unde a ținut conferințe și a dat recitaluri de orgă, pentru a strînge fondurile necesare, care i-au îngăduit ca în februarie 1924 să se întoarcă în Africa și să construiască spitalul din Lambaréné. Doi ani i-au trebuit pentru defrișarea pădurii și construirea spitalului, pe care l-a ridicat cu propriile mîini, ajutat fiind numai de cîțiva meșteri localnici, spital mult mai încăpător, care putea să găzduiască peste 200 de bolnavi africani.

Spitalul avea o formă și o concepție arhitectonică originale, semănînd mai degrabă cu un sat african decît cu o instituție spitalicească modernă, din motivele pe care le vom arăta mai jos. Principiul doctorului Schweitzer în amenajarea spitalului și în tratarea celor internați a fost de la început, acela ca bolnavilor să li se asigure în spital un mod de viață cît mai apropiat de existența lor obișnuită. În acest sens, el permitea bolnavilor ca să-și aducă aici și familia, să-și organizeze o mică gospodărie proprie, unde să-și prepare singuri hrana obișnuită etc... Numai astfel — a spus el — africanii își vor înfrînge neîncrederea și frica față de o instituție creată de un alb.

Aici a depus doctorul Schweitzer o muncă uriașă, pentru populația băștinașe, care-l numea «marele doctor» (căci pentru ceilalți era «doctorul din junglă»). În ciuda instalațiilor rudimentare, a condițiilor igienice precare, fără electricitate etc., doctorul Albert Schweitzer a obținut rezultate impresionante, zeci de mii de africani găsindu-și aici sănătatea.

Pe lîngă alte remarcabile realizări, el a aplicat cu succes o medicamentație proprie în tratamentul leprei, pe care a aplicat-o celor internați în leprozeria amenajată pe lîngă spitalul din Lambaréné.

El n-a mai părăsit spitalul decît ca, dînd concerte și făcînd înregistrări, să adune fondurile necesare extinderii spitalului. Astăzi, acesta numără 70 de clădiri, ridicate în decursul anilor după schițele doctorului Schweitzer, putînd oferi în permanență adăpost și îngrijire medicală unui număr de 600 bolnavi, dintre care, într-un sector izolat, se află 150 de leproși.

Marele umanist, savant și om de artă și-a încheiat nobila misiune la venerabila vîrstă de 90 de ani, întreaga lui viață fiind închinată slujirii omului și ridicării pe o treaptă de civilizație a unei populații subdezvoltate.

Dr. IONEL ȚUGUI

CHIRURGIE PLASTICĂ ȘI REPARATORIE

Într-o frumoasă zi de iarnă m-am trezit la spital cu un vechi amic, care, la încheierea unui sezon de schi, mă vizita; potrivindu-se ora, l-am luat cu mine la vizită și ulterior, la o cafea. Iată care a fost discuția noastră.

. . . . . .

EL — De fapt nu prea înțeleg care este criteriul după care în specialitatea ta s-au adunat afecțiuni și... defecțiuni atît de diverse, de la accidente dramatice la rafinamente cosmetice.

EU — În oarecare măsură ai dreptate. De altfel în multe țări, nume celebre practică numai anumite domenii ale chirurgiei plastice (deși această ultraspecializare are o serie de dezavantaje și în orice caz nu ar fi justificată la noi). Și totuși, există o legătură între toate intervențiile chirurgicale pe care le-ai văzut; este chirurgia suprafeței corpului. Ea se adresează fie organului de acoperire, pielea, fie formei — care este determinată și de organe mai profunde — grăsime, mușchi, glande, oase. Din diverse motive și chirurgia mîinii a rămas agățată de această specialitate.

EL — Deci tu faci reparații de «caroserie»...

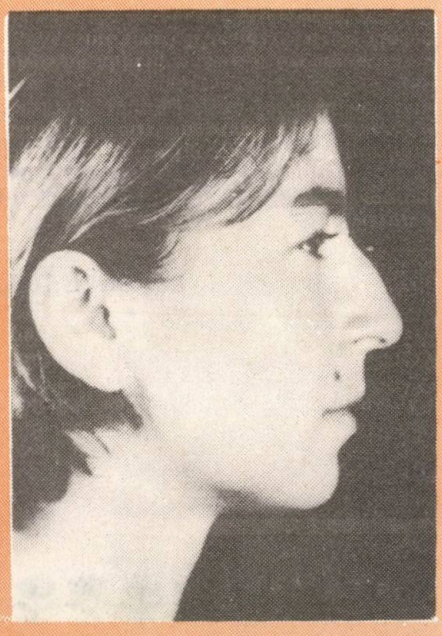
EU — ...dar exclusiv cu materialul clientului, deoarece, deocamdată nu au putut fi eludate legile imunității care, în general, nu permit transplantări decît în cadrul aceluiași organism.

EL — Cred că este o treabă de tehnică, dificilă și de mare finețe care pretinde în prealabil investigații pentru a stabili un diagnostic și a conduce un tratament atît de important.

EU — Într-adevăr, în arsuri de pildă investigațiile după care se conduce tratamentul general sînt numeroase și interpretarea lor cere cunoștințe din multe domenii și multă experiență.

EL — Adică vrei să spui că tratezi o arsură în funcție de profesie sau de gradul de pregătire?

EU — Evident că o arsură se tratează după date obiective, însă, în faza în care bolnavul trebuie să se alimenteze intens, să se mobili-



zeze, sau mai tîrziu să recupereze funcțiile, este de importanță esențială ca bolnavul să «te ajute» în sensul participării lui active. Cel care este necooperant, pasiv, plîngăreț, va avea o evoluție proastă. Deci, medicul trebuie să depisteze din timp aceste caracteristici, să convingă bolnavul să contribuie el însuși la salvarea sa; să procedeze cu tact și răbdare pentru a-i ridica moralul, explicîndu-i că este vital să participe la vindecarea sa proprie. Afară de o mică minoritate, bolnavii pot fi «educați».

EL — O fi așa cu arșii, dar în rest...

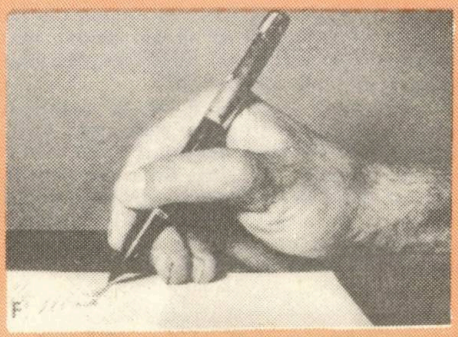
EU — ...este și mai important. Să zicem că este vorba de o leziune a mîinii. După ce se stabilește exact «inventarul» și care sînt posibilitățile de reparare (asta este partea tehnică) se stabilește programul — care de obicei înseamnă cîteva operații eșalonate în timp. Aici este necesar o perfectă cunoaștere a bolnavului, un dialog în care decizia se ia împreună cu pacientul. De pildă, o imprejurare simplă: o amputație a degetului arătător aproape de bază. La un muncitor manual de forță este normal să se conserve cît mai mult din degetul rămas, chiar folosind părți moi de pe degetul vecin (ceea ce, desigur, aduce daune estetice). Dacă însă accidentatul este o profesoară, la care aspectul mîinii este mai important decît forța, este preferabil să se excludă în întregime degetul rămas, obținîndu-se o «mînă mică» (cu patru degete) fără cicatrice evidente — infirmitate care trece de obicei neobservată. Dar, evident, acestea sînt doar recomandări, hotărîrea luîndu-se împreună cu pacientul.

EL — Adică tu operezi după cum vrea pacientul?

EU — Da de unde! Eu trebuie însă să țin seama de opinia sa. Altfel, omul care se trezește cu o mînă mică, mă poate întreba cu ce drept l-am păgubit de restul de deget.

EL — Bine, ai ales și tu o împrejurare care convine demonstrației tale. Mi-ai arătat o reconstrucție de deget.

EU — Să-ți explic: ai văzut bolnavul; este un om tînăr, care are o profesie tehnică, dornic să-și refacă prehensiunea — pensa (între degetul mare și celelalte). Metoda de reconstrucție aleasă cere însă operații multiple (vreo trei-patru), iar degetul nou va fi mai gros și lipsit de unghie — însă capabil de acea prehensiune de forță necesară profesiei sale. După ce i-am arătat poze cu asemenea refacere a aflat că trebuie să stea 2—3 săptămîni cu mîna cusută la peretele abdominal, să i se «armeze» noul deget cu coasta și că ulterior va trebui să se adapteze. L-am văzut că este isteț și îndemînatic și l-am operat. S-ar fi putut însă ca pacientul să țină morțiș ca degetul să aibă unghie — avînd poate chiar motive de ordin profesional — social, etc. În acest caz trebuie executată altă metodă: mutarea



unui deget în locul policelui. Forța de prehensiune ar fi fost însă ceva mai mică, iar adaptarea foarte complicată, mai trebuie să fie sigur că omul este capabil s-o realizeze; altfel rezultatul va fi rău și tu, specialist, vei avea o parte din vină. Vezi deci, că și aici mai-binele poate fi dușmanul binelui și că de multe ori operații foarte sofisticate făcute în scop conservator sau reconstructiv, pot avea rezultate mediocre (uneori chiar deranjante) pentru că subiectul nu a fost la înălțimea metodei. Este însă foarte dificil să cunoști pacientul din acest punct de vedere, deoarece adeseori el nu este conștient de limitele capacității sale de suferință și de adaptare: «o să vedeți, am să mișc, am să fac, am să dreg!» — și cînd colo se dovedește a fi un bleg.

EL — Probabil că și inversul este adevărat.

EU — Firește, trebuie să depistezi unele resorturi ascunse, de autodirijare, de voință. Așa că vezi, nu poți proceda după un formular standard, în care în dreptul leziunii stă scris tipul de tehnică. Dealtfel, unul din lucrurile cele mai importante în această meserie este să stăpînești o multitudine de tehnici pentru a putea jongla cu ele în funcție de condiții.

EL — Acum îmi dau seama că și în chirurgia numită estetică sau cosmetică are o mare importanță buna cunoaștere a bolnavului din punct de vedere psihic, social, profesional.

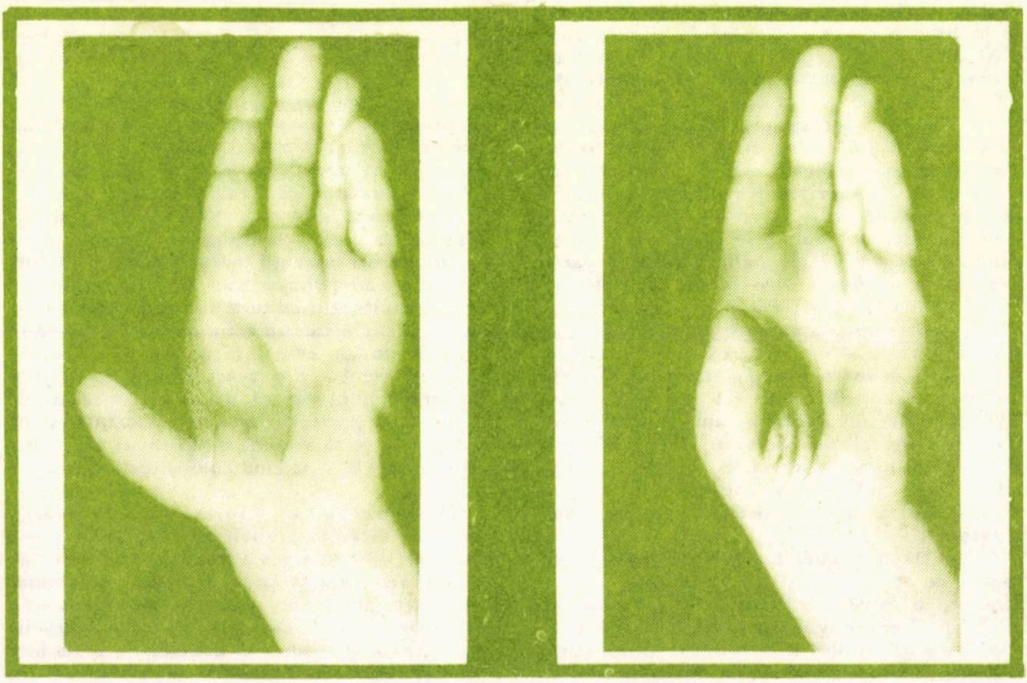
EU — ...Să-i înțelegi complexele și dorințele. Pacientul cere uneori să-i ștergi sau să-i ameliorezi o anomalie, care îi aduce prejudicii pe plan psihic. Unii spun: «Ce i-a venit să se opereze? Ce, e singura așa?» Aș răspunde: nu este singura, dar pentru dînsa acest defect (care în mod obiectiv poate fi supărător sau nu prea) are un mare răsunet, o complexează, îi dăunează în relațiile cu oamenii, o face vulnerabilă, îi frînează dezvoltarea profesională. În acest caz, pacientul operat, chiar dacă nu este vorba de un defect foarte supărător, realizează astfel un fel de «terapie chirurgicală a complexelor».

EL — Dealtfel mă gîndesc că societatea nu are decît de cîștigat cînd un om devine mai echilibrat, mai activ, mai bine integrat, mai folositor și... mai prezentabil.

EU — Trebuie însă să fi foarte prudent, pentru că sînt unii oameni cu psihic labil care, printre altele, se simt deranjați și de cîte o mică «defecțiune». În aceste cazuri repararea nu numai că nu va ameliora lucrurile, ci poate chiar le va înrăutăți, pacientul fiind nemulțumit acum... de operație, cu toate că în mod obiectiv beneficiul este evident.

corecția unui defect fizic. Nu, nu este o chestie neserioasă ca la 50 de ani să fi considerată bătrînă numai pentru că ai o față «căzută»; nu este o chestie neserioasă să te simți ocolită de băieți (și ironizată de fete) pentru că pe o față atrăgătoare ai un nas coroiat; nu este o chestie neserioasă rîsul colegilor că ai urechi clăpăuge, etc.

EL — Și eu cred că se greșește cînd sînt judecați cu asprime cei care doresc să-și corecteze anumite defecte. Ar trebui să se înțeleagă un lucru simplu: viața socială impune evitarea stridențelor individuale. Nu este



EL — Nu găsești totuși că exagerezi cu psihologia?

EU — Să ne înțelegem. Ți-am dat niște exemple extreme și, din fericire, relativ rare. Bineînțeles că marea majoritate a celor ce solicită modificări sau reparații sînt oameni echilibrați, dar ca să știi că este așa... trebuie să-i cunoști.

EL — Nu-i așa că la noi sînt puțini aceia care solicită felul acesta de intervenții?

EU — Unii consideră greșit că este o chestiune neserioasă să soliciți o reparație sau oare normal ca un om civilizat să vrea să fie «în rînd cu oamenii?» Mai ales cînd este vorba de pielea lui.

EU — Dar și aici cel care decide dacă, cum și cînd trebuie făcută operația, este specialistul. Pentru că numai el poate cîntări toate argumentele. Plasticianul trebuie să fie deci, nu numai un tehnician, ci și un sfătuitor, un bun cunoscător al celor omenești, cu care pacientul trebuie să se consulte în înțelesul cel mai bun al termenului, fără a ascunde nimic din îngrijorările, înfrîngerile sau veleitățile sale.

Dr. VALENTIN ABUREL
Șeful Secției de Chirurgie plastică — Brașov

Ce trebuie să ştim despre

PETELE FEŢII

Preocuparea de a avea un exterior îngrijit, plăcut, atractiv a existat din cele mai vechi timpuri.

Faţa este una din părţile corpului care dau farmec unei persoane în general şi femeii în special. Orice element anormal la nivelul feţei ştirbeşte din acest farmec. Din această cauză s-au căutat remedii pentru a face să dispară sau să ascundă elementele inestetice de pe obraji. Petele care apar la nivelul feţei, avînd cauze multiple şi aspecte diferite, constituie un element inestetic deosebit de important şi de aceea trebuie să le acordăm toată atenţia.

Petele sînt modificări de culoare, fără schimbarea sau alterarea suprafeţei pielii. În raport cu mecanismul care le produce se deosebesc pete hipercrome *(pigmentare, lentigine sau lentiginoze, melanoze) şi* pete vasculare.

PETELE HIPERCROME ALE FEŢEI

Petele hipercrome sînt modificări permanente în coloraţia pielii, nu dispar la presiune şi sînt datorite în majoritatea cazurilor distribuţiei anormale a pigmenţilor melanici (melanine). Aceşti pigmenţi sînt formaţi din substanţe proteice complexe care au în general culoarea neagră, dar cu variaţii de la galben la brun închis, pînă la negru. Melaninele sînt insolubile în apă, şi pot fi decolorate de apă oxigenată, amoniac etc.

În afară de petele hipercrome datorită melaninelor, mai există pete rezultate prin pătrunderea în piele, accidentală sau în cadrul unor presiuni, a unor particule fine, colorate (cărbune, gudron, metale etc.) realizînd aşa-zisele tatuaje accidentale *sau profesionale.*

Petele hipercrome prin pigmenţi melanici *sînt indiscutabil cele mai numeroase şi pun cele mai dificile probleme. Unele sînt ereditare, adică moştenite (lentiginozele, efelidele etc.) altele sînt rezultatul tulburărilor în funcţiunea diferitelor glande endocrine (cloasma etc.) sau organe (tub digestiv, ficat, rinichi etc.). Altele apar datorită unor cancere, unor infecţii cronice (malarie, tuberculoză, endocardite etc.), anemiilor sau ingerării unor medicamente. În fine, unele recunosc cauze multiple şi poartă denumirea de melanoze.*

După cum vedem, faţa este un fel de ecran pe suprafaţa căruia se proiectează suferinţe ale organismului sub diferite forme, care interpretate judicios permit o precizare şi un tratament corect, atît al suferinţelor cutanate cît şi al celor interne.

Petele brun-negricioase cu diametrul de cîţiva milimetri, cu marginile bine precizate, poartă numele de lentigo-uri *sau «grains de beauté». Aceste pete sînt ereditare, apar de obicei în adolescenţă, localizate numai la faţă sau răspîndite adesea pe tot corpul. Lentigo-urile, în raport de numărul şi localizarea lor pe faţă, împrumută farmec sau dimpotrivă aspect neplăcut unei persoane, dar nu pun alte probleme de sănătate, adică apariţia lor nu este în legătură cu vreo afecţiune internă. Dar, există o serie de aspecte particulare ale acestor pete pigmentare care, in raport de modul de repartiţie pe faţă, sînt asociate cu modificări ale unor organe interne, alcătuind afecţiuni bine definite cum sînt: lentiginoza centrofacială şi lentiginoza periorificială.*

Lentiginoza centrofacială se caracterizează prin pete brun-negricioase localizate simetric în mijlocul feței respectînd însă vîrful nasului și șanțurile paranazale. Afecțiunea este ereditară, apare în copilărie și, în aproape 90% din cazuri, este asociată cu tulburări neuropsihice (întîrziere mintală, tulburări de caracter,

perversitate, somnambulism sau epilepsie) și modificări ale scheletului ca: lipsa dinților incisivi mediani superiori, spina bifidă (despicarea coloanei vertebrale la partea inferioară), scolioză (curburi laterale anormale ale coloanei vertebrale) etc.

Lentiginoza periorificială se caracterizează prin pete brun-închise sau negre, dispuse în jurul ochilor, nărilor și gurii, restul feței fiind respectat. Afecțiunea este ereditară și apare de la naștere sau în copilărie. Boala se asociază frecvent cu polipi (tumori benigne ale mucoaselor) la stomac, intestinul subțire, colon sau rect, care se pot transforma în 20—25% din cazuri în cancere.

Efelidele sau pistruii sînt pete cafenii, mici, lenticulare, dispuse simetric pe față, umeri și brațe. Ele sînt moștenite și apar în copilărie sau adolescență, mai ales la persoanele blond-roșcate; sînt mai evidente primăvara și vara din cauza razelor solare care le accentuează și dispar iarna.

Dintre hipercromiile endocrine cu localizare la față, cea mai frecventă este cloasma. Afecțiunea apare în timpul sarcinii la circa 70% din gravide, fapt pentru care este cunoscută și sub numele de «masca gravidică». De obicei dispare după naștere, o dată cu reluarea menstruației, dar poate persista în unele cazuri pînă la menopauză sau chiar și mai tîrziu. Se caracterizează prin pete brune, cu contur neregulat dar bine delimitat, situate simetric pe frunte, regiunile temporale (tîmplele) și pomeții obrajilor, respectînd pleoapele și bărbia.

Hiperpigmentări de tipul cloasmei se mai pot observa și la menopauză, la femei cu salpingite, metrite sau tumori ovariene sau în alte boli generale ca: hepatitele cronice, ciroza hepatică, tuberculoza, insuficiența renală cronică, encefalitele etc. sau după folosirea medicamentelor anticoncepționale.

Hipercromiile medicamentoase se întîlnesc mai rar și numai la anumite persoane predispuse; apar printr-un mecanism fotodinamic, adică prin potențarea acțiunii pigmentoformatoare a razelor solare de către unele medicamente sau substanțe. Unele din acestea (gudronul, eozina, parfumurile, sucurile de plante etc.) acționează pe cale externă, cînd sînt aplicate pe piele, iar altele (tetracicline, sulfamide, unele neuroplegice sau tranchilizante etc.) acționează pe cale internă, după introducerea lor în organism.

Melanozele încep printr-o roșeață asociată cu un discret prurit (mîncărime) localizate la față și gît, după care se instalează o pigmentație roz-violacee, care devine cu timpul brun închisă, realizînd un aspect în rețea. Se mai observă de asemenea mici mase cornoase în jurul firelor de păr. Această pigmentație poate să persiste indefinit, să diminue sau să dispară după cîțiva ani. Se admit numeroși factori care contribuie la apariția și permanentizarea melanozelor: agenți fizici (lumina solară), substanțe fotodinamice, adică, substanțe care potențează acțiunea razelor solare (gudroane, hidrocarburi, uleiuri grele, lubrifianți, farduri, parfumuri etc.), alimente (alimentație săracă, monomorfă și de proastă calitate, avitaminoza PP), tulburări digestive (colite cronice), nervoase (tulburări funcționale ale creierului) și endocrine (tiroidiene și mai ales ovariene, fapt pentru care pledează frecvența mai mare la femei).

Tratamentul petelor hipercrome ale feței este dificil și foarte delicat. Se recomandă în primul rînd eliminarea tuturor cauzelor care le-au dat naștere.

Concomitent se asociază și un tratament local care urmărește decolorarea pielii cu: pomezi pe bază de hidrochinonă (Depigman), loțiuni hidroalcoolice cu hidrochinonă 2—5%, pomezi cu precipitat alb de mercur și subnitrat de bismut (cel mult 20 zile), crioterapie (zăpadă carbonică) sau peeling (exfoliere chimică). Ca tratament general se administrează vitamina C, 1—2 g intravenos, pe zi; vitamina PP, 3 comprimate pe zi și vitamina B_6, 250 mg pe zi, timp de 20 de zile.

Deoarece expunerea la soare declanşează şi agravează pigmentarea, se recomandă creme sau unguente fotoprotectoare care absorb radiaţiile solare care favorizează formarea pigmentului melanic în piele. Cele mai bune rezultate se obţin cu cremele sau emulsiile pe bază de benzofenonă 10% (Contralum, Uval).

Ca procedeu cosmetic se recomandă folosirea fondurilor de ten pentru mascarea petelor.

Tratamentul trebuie prescris şi urmărit de un medic competent, cu multă experienţă practică în acest domeniu.

TATUAJELE

Tatuajele îmbracă aspecte diferite în raport cu natura, mărimea, culoarea şi distribuirea particulelor introduse în piele în mod accidental sau în timpul exercitării unor profesiuni (mineri, pietrari etc.).

Ca tratament se recomandă dermabraziunea (frezarea pielii), electrocoagularea superficială, extirparea chirurgicală cu sutură intradermică atunci cînd acest lucru este posibil, badijonări cu azot lichid, exfoliere chimică cu substanţe caustice. Aceste procedee terapeutice trebuie să fie efectuate de medici cu multă îndeminare şi experienţă.

Se pot folosi de asemenea şi fondurile de ten pentru mascarea lor.

PETELE VASCULARE (ANGIOAMELE)

Petele vasculare se datoresc unor dilataţii permanente a vaselor sanguine; sînt în general ereditare şi au dimensiuni, forme şi culori variabile (roză, roşie sau violacee). În raport cu forma se deosebesc trei varietăţi mai frecvente: angiomul stelar, angiomul plan şi angiomul tuberos.

Angiomul stelar se prezintă sub forma unui punct vascular central mai ridicat, din care pleacă radiar vase sanguine mici ramificate, ce se pierd în pielea sănătoasă. Apariţia lor în cursul unei hepatite acute, este un semn de gravitate şi de decompensare hepatică. Se mai întîlnesc şi în cursul sarcinei, ştergîndu-se de obicei după naştere.

Angiomul plan se prezintă sub forma unor pete violacee (pete de vin), cu forme şi mărimi diferite, localizate la faţă sau în altă parte a corpului.

Angiomul tuberos apare ca o ridicătură de formă şi mărime variabilă, de culoare roşie sau violacee, de consistenţă moale, reductibil total sau parţial la presiune, bine circumscris sau difuză. Foarte rar are tendinţa la regresiune spontană.

Tratamentul angioamelor este dificil. Se recomandă crioterapia, diatermocoagularea, roentgenterapia, radiumterapia, injecţii sclerozante în angioamele tuberoase, urmate de extirparea chirurgicală etc., metode efectuate numai de medici specializaţi şi cu multă experienţă.

În angioamele plane care sînt cele mai rebele la tratament, se recomandă fondurile de ten pentru mascarea lor.

ARISTOTEL POPESCU
Doctor în medicină

Îngrijirea tenului

Spălatul feței

Îngrijirea tenului începe printr-o spălare a feței cu apă sau apă cu săpun, în vederea îndepărtării impurităților care se acumulează pe suprafața ei. Această spălare a feței se practică dimineața și seara; nu se recomandă să fie făcută mai des, chiar atunci cînd este vorba despre un ten gras, și trebuie recurs la un săpun de bună calitate. După spălatul cu apă caldă, fața va fi clătită cu apă rece; în felul acesta porii dilatați și curățați de impurități se închid la loc. Ștersul feței se face cu prosoape uscate, timp de cîteva minute, spre a provoca o activare moderată a sîngelui. Deoarece stratul acid al pielii este un factor de apărare al acesteia, este bine ca la sfîrșitul spălatului feței să se treacă peste obraji un tampon de vată muiat într-o soluție de suc de lămîie.

Curățirea tenului

Această operație se practică de obicei seara, recurgîndu-se la diverse produse cosmetice, preparate în casă sau procurate din comerț, ca: laptele demachiant, un ulei oarecare sau o loțiune de față. Aceste preparate se folosesc în funcție de calitatea tenului respectiv: normal, uscat, gras etc.

Astfel, **tenul normal** folosește pentru curățirea lui un lapte de toaletă sau o loțiune de față. În comerț se găsesc: lapte de toaletă «Farmec», care se recomandă în culoare albastră pentru femeile brune și roz pentru cele blonde. Dintre loțiuni recomandăm marca «Flora», care are calități astringente și tonice pentru piele, sau «Tenofin», care are proprietăți emoliente.

Este de uz curent ca în aceste cazuri să se recurgă la o baie de aburi cu ceai de mușețel, o dată pe lună; această baie poate fi înlocuită cu comprese alternative calde și reci sau cu o mască emolientă.

Tenul uscat reclamă, dimineața, după spălarea feței, aplicarea în strat subțire a unei creme grase (sau cold-cremă) peste care se poate pudra. Seara se procedează la demachiaj, care constă în spălatul feței cu o apă în care s-a adăugat o linguriță de bicarbonat de sodiu, ștersul

cu un prosop moale și recursul la o emulsie grasă (ulei de arahide ori de măsline) ori la demachiantul din comerț (denumit «Doina»). Excesul de ulei sau de demachiant se îndepărtează cu un șervețel de hîrtie.

Se aplică apoi o cremă, în funcție de starea pielii ori de vîrstă. În general, pînă la vîrsta de 25 de ani se folosesc cremele simple, care conțin lanolină și cetaceu. Peste această vîrstă se recomandă cremele încărcate cu unii stimulanți biogeni (colesterol, lecitină, hormoni, vitamine). Printre acestea menționăm ca găsindu-se în comerț: crema «Doina» cu polivitamine; crema «Apidermin» sau «Nectin» care conțin lăptișor de matcă; «Catifelin» pe bază de ulei de avogado; crema «Diafan» pe bază de lanolină.

La aceste tenuri este recomandabilă săptămînal aplicarea unei măști cu gălbenuș de ou (sau cu caimac).

Tenul gras. După spălarea feței cu un săpun supragras se trece peste obraji un tampon de vată îmbibat într-o soluție astringentă (suc de lămîie și alcool, 4—5 linguriță din fiecare într-un pahar de 70 g apă). După evaporarea loțiunii se aplică un strat subțire dintr-o cremă uscată, pe bază de stearat (stearină și glicerină cîte 10 g în apă 70 g, se încălzesc la baie marină pînă la topirea stearinei, după care se adaugă 40—50 picături dintr-o soluție de amoniac 10%, amestecîndu-se energic tot timpul). Această cremă, care este bine să fie ușor parfumată după preferință, se menține pe obraji vreme de cel puțin 1/2 oră, după care se șterge bine de pe față.

O acțiune favorizantă asupra tenului gras exercită și băile de aburi ale feței, precum și măștile reci de caolin, albuș de ou sau «Floriten» nr. 2.

Măștile cosmetice

La persoanele foarte tinere se aplică o dată pe lună; la cele care au depășit vîrsta de 25 de ani se recomandă săptămînal.

Precedate de o baie de aburi cu infuzie de mușețel, ele au drept scop curățirea tenului de puncte negre, netezirea și întinderea feței. Pentru tenul normal sau uscat, se renunță la baia de aburi și se recurge la masca cu gălbenuș de ou sau de parafină, care se întind pe față cu pensula. Pentru parafină se procedează astfel: după ce s-a topit la baie marină, se lasă să se răcească atît cît să poată fi suportată pe piele (se încearcă pe dosul mîinii), după care se întinde cu pensula pe întreaga față (minus cavitățile, ochii și sprîncenele), lăsîndu-se ca atare, vreme de 20 de minute; se desprinde apoi ușor, de la periferie spre centru. Gălbenușul de ou, pentru a fi folosit ca mască cosmetică, se freacă cu o linguriță de ulei de arahide și cu sucul a o jumătate de lămîie.

În parfumerii se găsesc produse similare ca: crema marcă «Tenofin emolientă» pentru tenul uscat sau normal.

Pentru tenul gras se recomandă utilizarea măștilor cu caolin. Se iau 40 g caolin, care este o pulbere albă, ce se dizolvă în infuzie de mușețel sau de nalbă, ori de tărîțe de grîu și se aplică ca atare cu pensula pe față. Altă formulă amestecă caolinul cu o cantitate egală de tărîțe de grîu, o linguriță miere de albine și infuzie de mușețel. Pentru tenul gras, cu pori mari, se recurge la masca de albuș de ou.

În comerț se găsesc gata preparate masca de față «Floriten nr. 2» pentru tenul gras și «Tenofin astringent» pentru tenul gras, cu pori dilatați.

FLORICA GHEORGHIU

BUNA DISPOZIȚIE ȘI FRUMUSEȚEA

* * * * * *

«Frumusețea îmblînzește orice mînie» (GOETHE)

«Frumusețea nu este un lucru întîmplător, spunea un mare filozof german. Ea trebuie cucerită prin muncă... Frumusețea este asemănătoare cu geniul uman, constituind rezultatul final al muncii acumulate de generații...»

Dar cultivarea frumuseții, desăvîrșirea ei — aspirații etern umane — nu pot fi dobîndite numai prin îngrijirea pielii, a părului, a formelor exterioare, prin folosirea arsenalului cosmetic: creme, masaje, farduri etc. Fără să subapreciem eficiența sulimanurilor — dacă sînt mînuite cu pricepere — ținem să relevăm că pe lîngă acestea «secretul»... principal al frumuseții îl constituie seninătatea, buna dispoziție. Supărarea urîțește chipul, iar bucuria îl înfrumusețează. În cartea sa «Nedreptatea morții», Mulford susține: «Cine își petrece cea mai mare parte a vieții în indispoziție, își otrăvește sîngele, își ruinează trăsăturile și își strică iremediabil tenul»... Expresia «a-ți face sînge rău» care se referă, după cum se știe, la efectul dăunător al unei emoții negative își are un temei științific.

Este de-a dreptul impresionant cum înțelepciunea populară a intuit ceea ce știința a dovedit mult mai tîrziu. Astfel, cercetările recente au arătat că în stările de tensiune nervoasă, de agitație, de neliniște, unele glande endocrine secretă anumiți hormoni care fac să crească tensiunea arterială, sporesc activitatea cardiovasculară mult peste limitele normale și pun în stare de «alertă» tot organismul. Agitația nervoasă este însoțită și de modificări fizico-chimice ale serului sanguin.

Iată numai cîteva teste științifice care arată clar înrîurirea nesănătoasă a emoțiilor negative asupra organismului uman. Dimpotrivă «bucuria făcîndu-ne sensibili la orice pîlpîire a vieții, la orice manifestare a existenței, indiferent dacă este fizică sau morală, dezvoltă și întărește organismul», spune I. P. Pavlov.

«Surîdeți, surîdeți mereu!» maximă cu mare circulație în anumite cercuri de peste hotare, este una din devizele care trebuie să-l însufleț[illegible]ască pe omul modern, supus nenumăratelor influențe traumatizante ale mediului extern: zgomotul, intensitatea circulației, ritmul trepidant al vieții etc. Este o cerință nu numai a igienei mintale care presupune menținerea unei bune stări psihice, a politeței și amabilității față de

cei din jur, ci și de o condiție pentru menținerea frumuseții, prospețimii, vioiciunii.

În secolele trecute marii clinicieni, dar și mulți oameni de artă și cultură au subliniat importanța deosebită a rîsului, a emoțiilor pozitive asupra tonusului vital. Vestitul chirurg francez Ambroise Paré scria: «Oamenii veseli se însănătoșesc întotdeauna», iar celebrul medic englez Sydenham afirma: «Sosirea unui circ într-un oraș înseamnă pentru sănătatea locuitorilor lui mai mult decît zeci de catîri încărcați cu medicamente». Fiziologii și gerontologii au subliniat rolul sanogen al rîsului, caracteristic acelora care trăiesc o viață îndelungată.

Cînd omul trece prin emoții pozitive, în organismul lui procesul vital se desfășoară intens, respirația devine mai profundă, pulsul bine bătut, senzația de oboseală scade, forțele de apărare cresc, organismul se destinde, psihicul se înseninează, omul devine mai încrezător, mai bucuros... și aceasta se reflectă pregnant în fizionomia lui.

De aceea e necesar să ne impunem o anumită înțelepciune care constă în a nu exagera orice situație; «nu-ți pune toate la inimă» spune înțelepciunea populară sau chiar «fă haz de necaz». Printr-o educație a voinței, printr-un efort de a întreține un anumit optimism, prin însușirea priceperii de a ne stăpîni și dirija, precum și prin utilizarea rațională a timpului liber pentru cultură fizică și sport — și nu prin refugiu în tutun, alcool și medicamente tranchilizante — prin străduința de a cultiva în mediul familial și de muncă o atmosferă senină — sănătatea și frumusețea noastră fizică și mintală, capacitatea noastră de muncă și tonusul nostru vital vor avea numai de cîștigat.

Sănătatea — sursă generatoare a frumuseții — ne este scumpă tuturor. Apărarea ei, după cum am văzut — nu poate fi asigurată prin mijloace sporadice, răzlețe. Aceasta rezultă dintr-o «politică de ansamblu», dintr-un stil de viață rațional igienic. Să căutăm să cultivăm buna dispoziție, să ne menținem o față zîmbitoare chiar și în momente cînd nu simțim această dorință.

Să evităm imprimarea pe fizionomia noastră a unor cute ale tristeții și indispoziției, generate adesea de supărări minore... Zîmbetul este o victorie asupra noastră, spune pe bună dreptate un mare gînditor al antichității.

Să nu uităm că între starea fizică și cea psihică există o interdependență strînsă și că înnobilarea trăsăturilor fizionomiei, înfrumusețarea fizicului nostru au și o rezonanță psihică...

Dar această atitudine nu trebuie să fie o simplă aparență. Esențialul este să ne formăm un mod de gîndire și un stil de viață în care efortul creator să se împletească cu străduința pentru o stare de spirit mai puțin încordată, mai degajată și în care veselia, rîsul, buna dispoziție să constituie o componentă a vieții noastre de fiecare zi.

Șari Penciu

Infecțiile stafilococice la copil

Stafilococul este unul dintre germenii microbieni cei mai răspîndiți. El se găsește în mod obișnuit pe tegumentele (pielea) tuturor oamenilor, și la unele persoane poate fi găsit și pe mucoase (nas, gît) fără ca prin această prezență să producă vreo tulburare; se comportă deci ca un organism saprofit. Trebuie menționat faptul că stafilococul are o mare rezistență și în afara organismului, putînd supraviețui un timp pe obiecte, în special în picăturile de puroi uscat.

Există mai multe tulpini de stafilococ, dintre care una pătrunzînd în organism poate produce îmbolnăviri grave: este vorba de s t a f i l o c o c u l a u r i u. Acesta are o mare capacitate de înmulțire, posedă o serie de toxine care provoacă distrugerea hematiilor, leucocitelor și a țesuturilor, precum și unele enzime care produc coagularea sîngelui și inactivarea penicilinei. Această ultimă enzimă este penicilinaza. În ultimii 30 de ani, prin introducerea pe scară largă a penicilinei, în special în tratamentele din spitale, s-a produs o selecționare a tulpinilor de stafilococ, cele neînzestrate cu penicilinază fiind distruse, iar cele cu penicilinază supraviețuind și înmulțindu-se. Din această cauză, astăzi, tratamentul cu penicilină în infecțiile stafilococice nu mai are nici un rezultat și nu se folosește decît în situații excepționale și în doze extrem de mari.

La copil, cu cît este mai mic, rezistența în fața stafilococului este mai redusă și porțile de intrare sînt mai numeroase. Astfel la nounăscut, plaga ombilicală reprezintă o poartă de intrare extrem de accesibilă pentru stafilococ, dacă nu este îngrijită pînă la închidere, în condițiile celei mai riguroase igiene. Infecția cu stafilococ a plăgii ombilicale se manifestă prin fenomene inflamatorii locale (roșeață, fierbințeală locală) însoțite de secreție purulentă. Gravitatea infecției plăgii ombilicale constă în faptul că de aici se pornesc cu ușurință septicemii (generalizarea infecției pe cale sanguină) cu formarea de focare purulente la distanță (septicopioemie) punînd în pericol viața copilului.

Stafilococul prin distrugerea țesutului și a leucocitelor, este un microb producător de puroi, deci piogen. Infecțiile pielii cu stafilococ sînt însoțite aproape toate de prezența puroiului. Aceste stafilodermii sînt de gravitate și de întindere diferite. Cea mai ușoară formă o reprezintă foliculita superficială, care constă din niște mici vezicule pline cu puroi (pustule) vizibile la suprafața pielii. Există apoi f u r u n c u l u l, în care colecția purulentă se formează în jurul unui fir de păr și este în cantitate mai mare, avînd și o rădăcină. Abcesele subcutanate cu stafilococ se formează de obicei după o infecție de la suprafață propagată în profunzime. Ele se traduc prin umflătură roșie, fierbinte, dureroasă, din care puroiul poate fi pus în evidență prin puncție sau prin incizie. O formă extinsă a infecției stafilococice sub piele o reprezintă celulita difuză, în care puroiul se întinde în suprafață, separînd pielea de straturile profunde, din care cauză se poate produce necroza tegumentului.

După injecții efectuate intramuscular fără respectarea riguroasă a regulilor de asepsie, prin introducerea stafilococului o dată cu acul care traversează pielea, se pot forma abcese sau flegmoane în mușchi. Acestea sînt foarte dureroase și conțin o cantitate mare de puroi, care are caracterele puroiului format de stafilococ: este galben-verzui, uneori cu nuanță maronie, gros, cremos.

Plăgile post-operatorii suprainfectate cu stafilococ din lipsa de igienă strictă, prezintă și ele o suprainfecție în care puroiul are caracterele menționate. În cazul infectării venelor (uneori după operațiunea de denudare venoasă), se formează local un cordon roșu, dur, dureros, iar împrejur puroiul descris.

De o deosebită gravitate este infecția stafilococică a osului (osteomielita). Stafilococul ajunge aici pe cale sanguină (infecție hematogenă) și dă o coloratie purulentă însoțită de stare gravă, septicemică a bolnavului.

Otita medie supurată cu stafilococ se caracterizează prin rezistența ei la tratamentele obișnuite.

La vîrstă mică, stafilococul dă și o infecție pleuro-pulmonară gravă. El ajunge mai întîi în plămîn fie pe cale aerogenă, fie pe cale sanguină (hematogenă). Aici produce unul sau mai multe abcese, de la care infecția trece la pleură, dînd o pleurezie purulentă. Deseori stafilococia pleuro-pulmonară, prin distrugerile de țesuturi pe care le provoacă datorită toxinelor stafilococului, determină trecerea aerului în pleură, avînd drept consecință formarea unui pneumotorax.

În fața agresiunii stafilococice, măsura preventivă cea mai eficace este curățenia, respectarea regulilor de igienă și de asepsie a plăgilor. Stafilococul se poate lua cu ușurință de la un copil bolnav la un copil sănătos sau suferind de o altă afecțiune, de aceea se impune izolarea de ceilalți bolnavi, în saloane sau boxe separate, a copiilor cu stafilococii, indiferent de localizare. De asemenea personalul de îngrijire sau rudele care suferă de vreo infecție stafilococică trebuie să evite contactul cu copiii.

Împotriva infecțiilor stafilococice o dată constituite există în prezent mijloace terapeutice cu bune rezultate. Este în primul rînd tratamentul chirurgical al colecțiilor purulente, cu incizarea, evacuarea și drenarea lor. În cazul pleureziilor purulente cu stafilococ, de mare eficiență s-a dovedit operația de deschidere a pleurei printr-o mică butonieră la perete și instituirea unui drenaj prin tub de cauciuc (pleurotomie minimă cu drenaj). Se folosește ca medicație biologică anatoxina stafilococică, purificată, care acționează stimulînd reacțiile de apărare a organismului împotriva toxinelor stafilococului. Dintre antibioticele eficace sînt rifampicina, penicilinele semisintetice de tipul meticilină, oxacilină, cloxacilină, dicloxacilină. Sînt deasemenea eficace pristinamicina, eritromicina, lincomicina și într-o oarecare măsură kanamicina și novobiocina. Alegerea antibioticului se face după antibiograma efectuată asupra germenilor, dar mai ales după răspunsul clinic la primele zile de tratament. Sînt ineficace alte antibiotice, cum ar fi penicilina (datorită penicilinazei stafilococului), streptomicina, tetraciclina și ampicilina.

Astăzi, deși arsenalul antistafilococic este destul de numeros, totuși infecția stafilococică în formele ei grave rămîne o boală severă, în special la copilul de vîrstă mică.

Dr. Vladimir Mihăilescu
asistent Clinica de pediatrie
Spitalul Fundeni

DOCTORUL

Abia acum mi-am dat seama ce fel de om e şi doctorul de la circa noastră sanitară. Am făcut cunoştinţă cu el, după ce sciatica a făcut cunoştinţă cu mine. Cînd m-am dus la dispensar, m-a întrebat:

— Ce te doare?

— Şalele! i-am răspuns între două icnituri.

— Şi îţi vin des crizele?

— Numai o dată pe zi, slavă domnului! Mă apucă dimineaţa şi mă ţine pînă a doua zi! i-am răspuns eu.

— Bine.

— De binele ăsta m-aş lipsi cu dragă inimă! am oftat.

Şi doctorul, după ce m-a consultat, mi-a spus că boala mea se numeşte sciatică.

— Zi-i cum i-ai zice, numai scapă-mă de ea!

El m-a sfătuit atunci să fac injecţie cu vitamina B_1. Şi, ca să am idee de medicamentul ăsta, mi l-a prezentat chiar la dispensar, prin intermediul seringii, încît mi-au dat lacrimile, de parcă aş fi tăiat o funie întreagă de ceapă.

— Acum te duci acasă, mi-a zis doctorul, te fereşti de frig şi mîine după masă, pe la cinci, am să-ţi fac încă o injecţie.

A doua zi m-am gîndit cu voce tare: «Tot eşti norocos, măi Pandele! Ţi-a recomandat doctorul B_1 şi nu B_{12}! Că dacă asta doare aşa, te pomeneşti că ailaltă doare de 12 ori mai tare!» Şi, la

gîndul ăsta, mai m-am potolit puțin. Pe urmă, mi-am zis iarăși: «Dar la o adică, poate azi scap de injecție! Ce, doctorul are numai grija mea? Mai ales că în drum spre mine este bufetul. Și acum, pe vremea asta, nu-i strică o țuiculiță. Iar după una, vine alta și așa uită de mine».

Dar la ora stabilită l-am văzut pe doctor în curte. Cînd intră în odaie îmi aruncai privirea la ceasul din perete: era cinci fix. Mi-am zis: «Cu doctorul ăsta nu-i de trăit! După ce că nu se oprește la bufet, nici măcar ceasul nu-i rămîne în urmă!»

Doctorul m-a anunțat că vine și mîine.

— De ce? l-am întrebat.

— Pentru injecții, că ai de făcut 12! spuse el, înțepîndu-mă.

Am scos un țipăt. În definitiv, mai dureroasă mi s-a părut vestea, decît injecția. Cînd a plecat mi-a surîs și mi-a zis:

— La revedere!

Dacă-mi spunea adio, îmi părea mai bine. A doua zi era sîmbătă. M-am gîndit: «Azi scap! S-o duce și doctorul să vadă un film, o piesă de teatru. Ce, el n-are dreptul... să mai scape o zi de injecție?» Dar ți-ai găsit! Știți unde era doctorul după masă, cam pe la ora cinci? Tot la mine în cameră, cu seringa în mînă. Cînd să plece, am început să-i fac morală:

— Doctore, să știi că nu-mi placi deloc! Nu te duci cu săptămînile la cinema.

— Ce să caut acolo? a zîmbit el.

Lui îi dădea mîna să fie vesel, că n-avea de-a face cu B_1. I-am făcut cu ochiul:

— Știți, mîine e duminică, zi de odihnă... Ce facem?

— Facem... B_1, ca de obicei!

Dacă văzui eu că nu-i chip să-l potolesc pe doctor cu injecțiile lui, care le făcea pe pielea mea, în ziua următoare l-am avertizat:

— Să știi, doctore, că nu-ți dau nici un ban pentru injecții...

El s-a supărat și a plecat. Asta, de altfel, voiam și eu; să se supere și să plece. Numai că a plecat după ce mi-a făcut injecția. Mi-am zis: «Așa l-am potolit. Nu mai vine la mine, că nu-i plătesc!»

Dar a doua zi, cînd l-am văzut intrînd pe ușă, l-am luat la rost:

— Ce fel de om ești dumneata? Nici supărarea n-o ții măcar... cîteva injecții!

— Meritai să mă supăr pe dumneata! făcu el. Ce vorbă e aia să-mi plătești injecțiile? Dar leafa pentru ce o am?

Cînd mai erau vreo trei injecții de făcut și sciatica mă lăsase, s-a pornit o ploaie tare, de nu trecea nimeni pe uliță... afară de doctorul nostru. Unde se ducea? Tot la mine, săracul! Adică, săracul... de mine!

— Ce, doctore, și pe vremea asta ai venit? Vrei să te îmbolnăvești? i-am zis.

— N-ai dumneata norocul ăsta! rîse el.

După ce mi-a făcut injecția, i-am spus:

— Pînă se usucă fulgarinul dumitale, ce-ai zice de-o țuică?...

— Nu știi că n-ai voie să bei cît timp faci tratamentul?

— De dumneata ziceam...

— Nu mulțumesc, dar m-așteaptă...

— Cine? Drăguța dumitale?

— Nu, mă așteaptă alți pacienți.

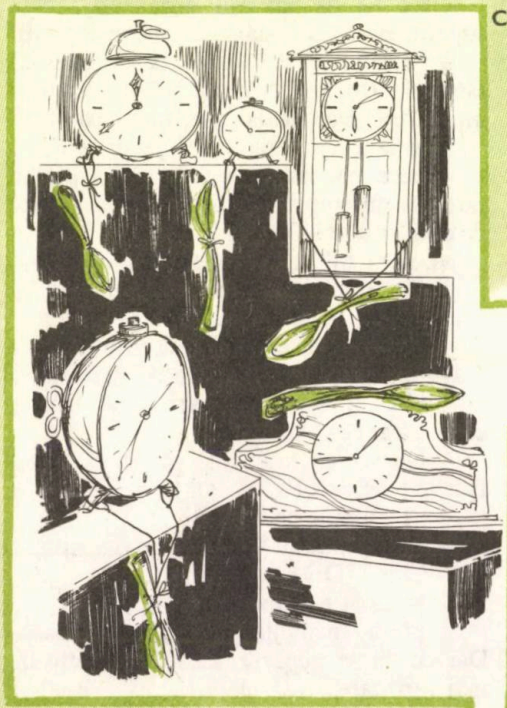
Și plecă încovoiat sub ploaia deasă. Dar cu cît se depărta, cu atît îl simțeam mai aproape.

V. D. POPA

DACĂ S-AR RESPECTA „întocmai"

RECOMANDĂRILE... MEDICILOR

CÎTE O LINGURIȚĂ LA FIECARE CEAS.



DE BĂUT LAPTELE
CÎT MAI PROASPĂT

RESPIRAȚIA „GURĂ LA GURĂ“

PERMIS ALCOOLUL.DAR NUMAI...
CÎTE FOARTE PUȚIN

CÎT MAI MULTĂ MIȘCARE

MONOLOG

la căpătîiul unui bolnav

Da' stai, dragă, liniștit și nu te mai da tot timpul jos din pat. Om în toată firea și te sperii ca un copil. Lasă că nu mori. Da, eu am scos telefonul din priză, ca să nu te mai agiți. Ai nevoie de liniște și tu, și prietenii de la care vrei să-ți iei adio... Ți-am spus că nu chem nici o «Salvare». N-are rost. Poate că în timpul ăsta e cineva mai grav bolnav decît tine și noi — gata — pentru un fleac o chemăm la scară. L-am rugat pe Gabriel să te vadă. Cum, de ce? Nu spuneai tu că deși ți-e prieten, e cel mai bun doctor în materie? O să vină cînd iese din gardă. Și ce dacă iese mîine? Lasă că nu mori. De icter mecanic nu moare nimeni. E mecanic, mecanic, ți-o spun eu. Uită-te la termometru: mai sus de normal nu urcă. Asta e, ai un icter normal. Știu și de unde ți-a venit. Aș, nu te-a picnit de la nici un microb, te-a picnit de la mama, cînd ne-a anunțat că vrea să se mute la noi. Vezi, dacă n-o iubești? Ți-a pleznit canalul coledoc și te-ai îngălbenit... Nu-i nici o hepatită, e gălbenare simplă. Lasă că nu se complică. Am eu grijă: două săptămîni regim sever cu cartofi fierți, fără sare, fără unt, fără nimic. De băut doar citrice, ca să ne vitaminizăm. Dacă-ți prescrie Gabriel injecțiile... Ei bravo, acum te-ai îngălbenit și mai și, cînd ai auzit de injecții... Parcă ți le-aș face cu burghiul... sau cu forja. Cîteva înțepături acolo... doar ești bărbat. Hai, urcă-te în pat și stai liniștit... Ia o carte și citește, dezleagă cuvinte încrucișate sau aruncă-ți o privire peste colecția de timbre. Moralul contează foarte mult. Cum de unde știu? De la tine, doar ești ditamai doctorul...

Rodica Tott

PUERICULTURA INTRAUTERINĂ

Profilaxia prenatală

Medicina preventivă — în general — este unul dintre cele mai importante obiective ale practicii medicale curente. Deși vechiul adagiu «valorează mai mult să previi decît să vindeci» a rămas la fel

de actual și numărul bolilor care pot fi evitate este din ce în ce mai mare, implantarea în populație a unor măsuri practice de prevenire continuă să întîmpine dificultăți, generate fie de lipsa de informare, fie de un oarecare grad de inerție în armonizarea modului de viață cu cerințele conservării și perfecționării sănătății.

Tradițiile medicinei preventive sînt foarte vechi. Se citează faptul că, încă cu mai multe milenii în urmă, chinezii apreciau avantajele profilaxiei și nu-și plăteau medicii decît dacă prin îngrijirile lor îi împiedicau să se îmbolnăvească, că vaccinările au dus la dispariția completă a unor boli [1], că altele au putut fi prevenite înainte de a li se cunoaște cauza [2].

Pe de altă parte, profilaxia trebuie începută la o vîrstă foarte timpurie, căci în producerea unora dintre cele mai redutabile boli ale adultului [3], factorii favorizanți acționează din primii ani de viață. S-a constatat, astfel, că nivelul colesterolului din sînge — factor favorizant în producerea bolii coronariene și a infarctului miocardic — este crescut de la vîrsta de 5—10 ani în unele familii cu alimentație excesivă și nerațională.

Ce urmărește profilaxia intrauterină

Progresele medicinei contemporane au lărgit și mai mult cadrul noțiunii de profilaxie; alături de prevenirea obișnuită, postnatală, a prins rădăcini tot mai adînci *profilaxia intrauterină, prenatală.* Profilaxia intrauterină se practică înainte de naștere și are trei obiective:

— să protejeze femeia înainte de a fi gravidă de acțiunea unor factori nocivi care îi periclitează sănătatea și limitează sau periclitează «succesele» reproducerii;

— să protejeze femeia gravidă de agresiunile sau influențele neprielnice ale unor factori de mediu, pentru a permite dezvoltarea armonioasă a embrionului și fătului și a evita nașterea unor copii malformați;

— prin sfaturi genetice adecvate, acolo unde s-au descoperit tare ereditare, să se împiedice sau să se limiteze diseminarea (răspîndirea) acestor tare în populație și să prevină nașterea unor copii cu boli ereditare.

Protejarea femeii de acțiunea unor factori neprielnici de mediu are o importanță profilactică inegalabilă. Acționînd direct sau prin intermediul mediului intern (intrauterin), factorii nocivi pot influența negativ produsul de concepție, compromițînd grav dezvoltarea organelor embrionului [4]. Infecțiile virotice (rubeola, în special), razele X, razele ultraviolete, unele substanțe chimice sînt cunoscute pentru acțiunea pe care o pot exercita asupra embrionului în primele 3 luni de sarcină. Sifilisul, toxoplasmoza, incompatibilitatea (nepotrivirea) între unii factori sanguini ai mamei și fătului se pot so da cu îmbolnăvirea severă a fătului. O atenție deosebită a fost acordată *medicamentelor.* Există medicamente despre care se știe cu certitudine că au acțiune nocivă asupra produsului de concepție, administrarea lor fiind contraindicată (interzisă) în cursul sarcinii. Există altele a căror acțiune nocivă este posibilă sau probabilă. Acestea trebuie folosite restrictiv (limitat), numai cînd sînt strict necesare și numai cu avizul competent al medicului. Ceea ce trebuie reținut este faptul că *orice medicație administrată gravidei trebuie restrînsă (limitată) numai la ceea ce este indispensabil pentru sănătatea sa. Alegerea și recomandarea medicamentelor este un «privilegiu» exclusiv al medicului, care are competența să cumpănească cît atîrnă în balanța nevoilor sănătății mamei și cît reprezintă factor de risc pentru embrion sau făt.*

---

[1] **Variola, de exemplu.**

[2] **Scorbutul, determinat de lipsa din alimentație a vitaminei C.**

[3] **Boala coronariană, infarctul miocardic — de exemplu.**

[4] **Apar, astfel, malformații congenitale.**

Bolile ereditare

În privința bolilor ereditare profilaxia prenatală este practicată pe baza unor principii genetice și deschide perspective largi abordării cu succes a prevenirii și tratării acestor boli. În unele țări s-a practicat pe scară largă în populație depistarea stării de purtător pentru anumite boli[5], recomandîndu-se acestora să nu se căsătorească între ei. Chiar dacă sfatul genetic nu ar fi împărtășit, depistarea permite diagnosticul precoce al acestor boli, și măsuri corespunzătoare. Prin punctionarea uterului gravid (amniocenteză) în a 10-a—14-a săptămînă de sarcină poate fi determinat sexul fătului[6] sau pot fi diagnosticate unele boli ale cromosomilor (idiotia mongoloidă sau sindromul Down) sau enzimatice (ictero-anemii grave prin deficit de enzime, mucopolizaharidoze genetice).

Consultul (sfatul) genetic reprezintă, de asemenea, un procedeu de perspectivă în profilaxia bolilor ereditare. Formulînd un sfat genetic, medicul își propune să răspundă la întrebarea dacă există riscul ca o anomalie (malformație) prezentă într-o familie să apară la viitorii născuți și care este «rata» acestui risc. Deși aprecierile formulate nu sînt certe în toate cazurile, ele pot fi de folos în «planificarea» familiei, în reducerea frecvenței (pînă la dispariție) a unor boli ereditare sau facilitează un diagnostic precoce și un tratament adecvat. Și trebuie subliniat că tratamentul bolilor ereditare depistate precoce nu este atît de inoperant cum s-ar părea, deși decalajul între tentativă și posibilități se menține mare. Oportunitatea întreprinderii unor măsuri energice de depistare decurge și din faptul că în determinarea multor boli ereditare nu intervin în exclusivitate factorii ereditari, ci și factori de mediu asociați, și că aceștia din urmă sînt mult mai ușor de influențat.

Prof. dr. M. GEORMĂNEANU
Spitalul Clinic «23 August»
Clinica de Pediatrie

Talasemie (anemie Cooley). Important pentru riscurile apariției unor boli, ca hemofilia, de exemplu.

OPERAȚIA

Din lirica R.S. CEHOSLOVACĂ: MIROSLAV HOLUB

Să iei în mînă
Inima pulsînd
(a păsării străvechi
ce cîntă-n șoapte)
Ficatul ce trudește
(înfometat burete)
Neodihnitul suflet
(pămîntul de sub glie
firul subțire
uriaș rîu al speranței),
Să smulgi umflătura
Și pieptenii durerii să-i retezi,
Să plămădești o arteră nouă
Un nou chip,
să coși,
să înnozi,
să zvîrli portacul,
să desclestezi pensele Péan,
să-ți speli mîinile,
să-ți stergi sudoarea,
să-ți aprinzi o țigare.
Să spui
de acuma nu mai beți,
nu vă mai grăbiți pe drum,
nu mai iubiți fără nădejde,
nu vă împușcați reciproc,
cruțați-vă
cruțați-vă
(ca și cum ați putea
urma sfaturile)
Apoi din nou să speli
să sterilizezi
să iei în mînă..

Să reziști
un minut mai mult
decît hemoragia,
decît radioactivitatea
decît ucigașii... doar atît

În românește: dr. D. MARIAN

Aberațiile cromosomiale

în apariția unor boli

O nouă disciplină științifică: GENETICA

Una dintre cele mai de seamă înfăptuiri care marchează istoria biologiei zilelor noastre este reprezentată de descoperirea mecanismului intim al eredității, a modului cum se transmit caracterele somatice ale diverselor organisme: plantă, animal, om. Știința știa de multă vreme că această transmitere nu se face la întîmplare, dar noua știință, *genetica*, a scos la iveală date noi și certe asupra naturii și modului de acțiune a informației ereditare. Aceasta este condiționată de prezența în celulele germinale a unor elemente denumite *gene* (de la grecescul *genos* = urmaș). Ele sînt în număr mare și fac parte din aparatul cromosomial, prezent în absolut toate celulele organismelor. Ele sînt plasate în interiorul acestor celule, în porțiunea denumită *locus*.

Ce sînt cromosomii?

Absolut toate celulele sînt prevăzute cu un aparat cromosomial cuprinzînd un număr de 46 de cromosomi, dispuși în 23 de perechi (număr *diploid*). Excepție de la această regulă fac numai celulele germinale mature: spermatozoizii și ovulele, care posedă un număr de cromosomi redus la jumătate: 23 (număr *haploid*). În celula sexuală femelă acești 23 de cromosomi se împart în 22 de cromosomi impari, nedeterminanți ai sexului (*autosomi*) și unul care determină sexul, așa-numitul cromosom X. La fel și pentru spermatozoid, pe lîngă 22 de cromosomi autosomi există în 50% din cazuri un cromosom X, iar în restul de 50%, un altul, așa-numitul cromosom Y.

Prin fecundarea ovulului de către spermatozoid se formează oul, restabilindu-se astfel numărul diploid de cromosomi (23 de perechi) și obținîndu-se cu aceeași frecvență ovule fecundate de sex feminin (44+2 cromosomi X) și ovule fecundate de sex masculin (44+XY).

Așa se prezintă un *cariotip* al aparatului cromosomial, adică oglinda acestui aparat, în care sînt reprezentate particularitățile cromosomiale: număr, formă, aberații. Acest cariotip este vizibil cel mai bine în timpul înmulțirii celulei, al mitozei, așa-numita *placă metafizică* care se obține prin diverse procedee de laborator: cultură de leucocite, culturi de piele, de lichid amniotic etc. Acest examen al cariotipului poate determina sexul genetic, deoarece în funcție de

natura celor doi cromosomi (XX sau XY) glanda sexuală sau gonada se va orienta într-un sens sau altul. În mod obișnuit un ou XX va deveni o femeie normală, iar un ou XY un bărbat normal.

Mutația

Conform ipotezelor lui Darwin s-a considerat că speciile au o evoluție treptată. Spre sfîrșitul secolului trecut însă, un naturalist olandez, de Vries, a ridicat problema unor schimbări ereditare care survin uneori brusc în dezvoltarea ovulului, așa-zisele mutații. La ora actuală se spune în limbaj modern, că mutație înseamnă o modificare a informației ereditare, provocată de schimbarea structurală a unei gene, a numărului sau formei cromosomilor. Această mutație poate fi datorită diverselor influențe: raze ionizante, substanțe chimice (medicamente), lipsa unei enzime indispensabile metabolismului, a unui hormon sau, dimpotrivă, prezența unei hemoglobine anormale în sînge.

Aberațiile cromosomiale și urmările lor

Aceste mutații, veritabile accidente biologice, sînt responsabile de apariția unor spermatozoizi cu un număr mai mare sau mai mic de cromosomi decît cel normal, fapt plin de consecințe, deoarece el traduce fie absența unei gene sau, dimpotrivă, prezența acestora în număr suplimentar. Și într-un caz și în altul, dezvoltarea embrionului este profund alterată, conducînd la apariția unor anomalii grave, așa-numitele aberații sau boli cromosomiale.

O asemenea aberație cromosomială este de pildă *tipul XO*, adică un organism care este lipsit de al doilea cromosom de sex. Una dintre celulele germinale care a participat la fecundare nu avea decît 22 de autosomi. Prezența unui singur X conduce la o dezvoltare feminină, dar în care gonadele nu se mai constituie. Aparent se dezvoltă o fetiță, dar cu malformații: de statură mică, cu gîtul scurt, la care nu apar semnele pubertății.

Altă aberație cromosomială este tipul *XXX*, adică cu exces de cromosomi, care are drept consecință o serie de tulburări psihice.

Sau pot exista bărbați cu doi cromosomi de sex X. În absența genelor masculinizante aduse de Y, organismul acestora se feminizează. Sau, dimpotrivă, există femei cu cromosomi de tip Y, care dirijează orientarea embrionului spre masculinizare.

Alteori, studiul cariotipului descoperă un mic cromosom în plus (din grupa G), responsabil de o boală denumită idioție mongoloidă *(trisomia 21)*.

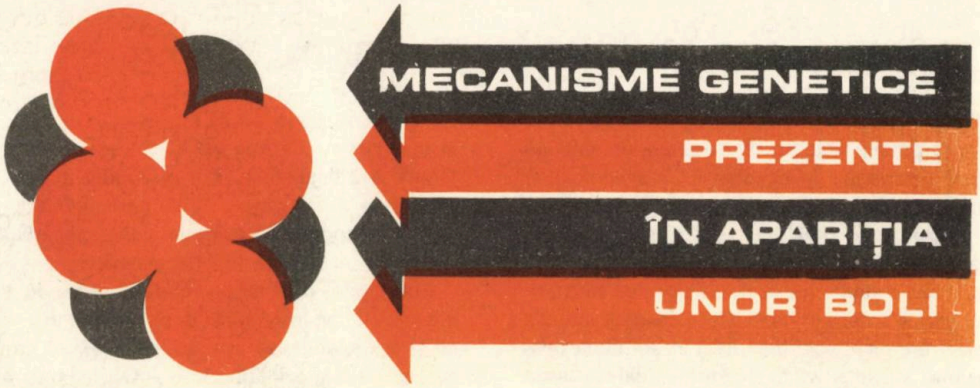
Concluzii

Studiul lichidului amniotic care scaldă embrionul sau al unui fragment din țesuturile care îl înconjură (corionul) permite stabilirea cariotipului cromosomial încă în cursul vieții intrauterine a fătului. Pe baza acestui studiu se poate afirma sexul acestuia. Această cercetare care are unele riscuri, n-a devenit de rutină, dar se anunță ca test de viitor.

Mai importantă este descoperirea din timp a unor erori înnăscute de metabolism la nou-născuți: diabet zaharat, nanism hipofizar, fenilcetonurie etc.

Și mai importantă este evitarea, în perioada fecundării și a gestației, a condițiilor de mediu care pun în primejdie dezvoltarea normală a embrionului: medicamente teratogene, expunere la examene cu raze X; evitarea unor boli virotice, rubeola etc.

AGNITA RUNCAN



Cîteva noțiuni de biologie moleculară

Mecanismul de producere a multor boli n-a putut fi înțeles decît numai datorită progreselor realizate de o disciplină științifică recentă: biologia moleculară. Mă refer la anumite boli ereditare de metabolism (fenilcetonuria, galactozemia etc.), la anumite anemii legate de patologia hemoglobinei și chiar la cancer.

Înainte de a discuta intervenția factorilor genetici în aceste boli este necesar de a preciza cîteva noțiuni de biologie moleculară. Pentru început, amintim că celula vie conține:

1) proteinele, formate din 20 de aminoacizi;

2) acizii dezoxiribonucleici (ADN), alcătuiți din unități numite nucleotide, constituenți esențiali ai cromosomilor, acești agenți care transmit proprietățile ereditare;

3) acizii ribonucleici (ARN), formați tot din unități numite nucleotide și clasificați în funcție de rolul lor, în *acizi ribonucleici mesageri* și *acizi ribonucleici de transfer*.

Acizii ADN sînt purtătorii informației genetice, ei purtînd sub formă codificată toate caracterele ereditare ale individului.

Acizii ARN, cel mai adesea *mesageri*, poartă același tip de informație ca și acizii ADN și au rolul de a transfera informația genetică de la aceștia, în citoplasmă, la nivelul ribosomilor, unde va avea loc sinteza proteică.

Deoarece totdeauna informația genetică este transmisă de la un acid nucleic la alt acid nucleic sau de la un acid nucleic la o proteină, pentru a se produce acest transfer este nevoie de existența unui «dicționar» intermediar între limbajul acizilor nucleici și cel al acizilor aminați din structura proteinelor. Acest intermediar este acidul ribonucleic (ARN) de transfer.

Mutația prin substituție

Revenind la discutarea bolilor ereditare metabolice, putem preciza că cercetări recente au arătat intervenția în apariția lor, a *fenomenului mutației prin substituție*. Aceasta înseamnă că un nucleotid al ADN-ului este înlocuit în acest caz cu un altul. Consecința acestui fapt va fi schimbarea semnificației fiziologice a părții ADN-ului care a suferit mutația. Dacă această mutație a vizat un aminoacid important în structura unei enzime, aceasta va fi sintetizată, dar va avea funcție schimbată, fiind lipsită de activitatea sa catalitică. Rezultatul se va traduce prin apariția unui blocaj metabolic, deoarece un compus chimic nu va mai fi transformat de enzimă și acumulîndu-se devine toxic, iar un alt compus, cu rol în metabolism, nu va mai fi sintetizat în absența enzimei active.

În ceea ce privește apariția mutațiilor care pot surveni pe fragmentele de ADN ale hemoglobinei, ele pot fi urmate de modificarea structurii globale a moleculei sau chiar de pierderea capacității hemoglobinei de a se combina cu oxigenul, ceea ce duce la apariția methemoglobinemiei congenitale.

Boala canceroasă

Cercetări deosebit de interesante referitoare la mecanismul de apariție a cancerului au fost făcute în ultimul timp. Tot mai mulți autori înclină spre teoria care susține participarea virusurilor oncogene în apariția bolii canceroase. Aceste virusuri au ca material genetic acizii ARN.

Acizii ARN virali au un rol dublu, care constă atît în purtarea informației genetice a virusurilor, cît și în transmiterea acestei informații. În urmă cu 3 ani, a fost evidențiată, în virusurile oncogene, o enzimă, *reverstranscriptaza*, prezentă în celula invadată de virus și care intervine în sinteza acidului ADN pe matricea formată de acidul ARN viral. Acest ADN nou sintetizat se va încorpora în acidul ADN al celulelor invadate, fenomen care va avea 2 consecințe:

1) Acidul ADN viral se va replica concomitent cu omologul său celular.

2) Acidul ADN viral va fi la rîndul său transmis și tradus.

Aceste procese explică anomaliile prezente în celula canceroasă.

Recent a fost pusă în evidență această enzimă, *reverstranscriptaza* virală, în leucocitele bolnavului cu leucemie, ceea ce aduce argumente noi în favoarea teoriei etiologiei virale a leucemiilor (cancere ale sîngelui).

Dr. VICTOR LOTREANU
medic primar

— ...**rubeola,** boală infecto-contagioasă produsă de un virus, caracterizată printr-o erupție ușoară de cîteva zile urmată de vindecare, este extrem de primejdioasă în timpul sarcinii. Pericolul nu este însă pentru mamă, ci pentru făt, ale cărui organe în curs de formare sînt atacate de virusul rubeolic. Acest fapt a fost descris pentru prima oară în anul 1941 de către australianul Gregg. S-a constatat însă că rubeola determină malformații (defecte în formarea organelor) ale fătului, numai dacă gravida o face în primele 4 luni de sarcină, iar frecvența acestor malformații este cu atît mai mare cu cît îmbolnăvirea s-a produs mai aproape de începutul sarcinii. Malformațiile se pot produce la ochi, la urechi, la inimă (cardiopatii congenitale) și la dinți.

***

— ...o serie de boli infecțioase care la adult și la copilul mare dau numai stare de purtător sau manifestări extrem de ușoare, sînt de o mare gravitate dacă se transmit de la mamă la nou-născut. Astfel este **infecția herpetică** care la adult se manifestă numai ca un buchet de vezicule pe piele, în schimb la nou-născut dă icter, convulsii, microcefalie, fenomene hemoragice. Asemănător se pot manifesta: **XX** boala dată de virusul incluziilor citomegalice, **listerioza** și **toxoplasmoza** congenitală (boală dată de un protozoar parazit, **Toxoplasma gondii**).

— ...o serie de **medicamente administrate gravidei în primele 3 luni de sarcină** (cînd are loc formarea organelor la embrion) pot produce tulburări grave în desvoltarea produsului de concepție. Astfel, chinina produce avort, surditatea fătului sau scăderea numărului trombocitelor la acesta; insulina poate duce la moartea fătului în uter; iodul radioactiv distruge tiroida în curs de dezvoltare; iodura de potasiu favorizează formarea gușei; thalidomida a dus la nașterea de copii grav malformați cu absența unui segment al membrelor; tetraciclina produce pigmentarea dinților și tulburări în formarea smaltului dentar; progesteronul poate determina masculinizarea fătului femel; streptomicina dă uneori surditate.

***

— ...au fost concepute o serie de metode de diagnostic al bolilor fătului în uter. Dintre acestea **amniocenteza** constă din puncționarea și extragerea de lichid amniotic, care este apoi supus analizelor de laborator. Se poate astfel depista precoce o **boală hemolitică** (cu distrugerea masivă a hematiilor) la făt, putîndu-se declanșa în scop profilactic o naștere înainte de termen. Tot pentru diagnosticarea precoce a bolii hemolitice la făt se mai poate face **biopsia placentară cu acul**. Prin amnioscopie se poate face recoltarea de sînge din pielea capului fătului din uter (pe cale endoscopică) și se pot observa petele de meconiu (false materii fecale) în lichidul amniotic, ceea ce constituie un semn de suferință fetală. **Amniografia** se face recoltînd o cantitate de lichid amniotic și introducînd în locul ei pe ac o substanță de contrast vizibilă la examenul radiologic (la această vîrstă a fătului examenul radiologic poate fi permis). Prin amniografie se poate confirma moartea fătului în uter, se pot observa o serie de modificări ale fătului care indică suferința sa.

***

— ...există foarte rar și **cazuri de infecție tuberculoasă transmisă** de la gravida în plină evoluție a bolii la făt și în această situație, primele manifestări de tuberculoză apar în primele săptămîni ale vieții.

— ...unele **boli infecto-contagioase** făcute de gravidă în ultima perioadă de sarcină se transmit prin placentă și fătului care își face incubația (intervalul de timp de la infectare pînă la apariția primelor semne de boală) în uter, astfel încît copilul se poate naște în plină manifestare a bolii. Astfel se întîmplă cu rujeola (pojarul), unde erupția poate exista de la naștere sau poate apărea la cîteva zile după naștere; de asemenea hepatita epidemică contractată de mamă și transmisă fătului se poate exprima prin icter de la naștere sau curînd după naștere (se poate confunda cu icter fiziologic) iar în unele cazuri fătul poate veni pe lume chiar cu ciroză (ciroză congenitală).

— ...se poate face și la fătul din uter **electrocardiograma,** metodă de diagnostic complet inofensivă și netraumatizantă pentru aprecierea ritmului cardiac și a tulburărilor sale.

VL. M.

GENETICĂ ȘI DELICVENȚĂ?...

Cîteva cuvinte despre Genetică...

Genetica este o știință despre care se vorbește din ce în ce mai frecvent azi... În domeniul medicinei un mare număr de premii Nobel au fost acordate, în ultimii ani, pentru lucrări de genetică medicală... Aprofundarea studiilor de genetică facilitează omului posibilitatea de a explora procesele biologice la nivel molecular, de a cerceta ereditatea și variabilitatea organismelor. Genetica medicală își lărgește din ce în ce mai mult sfera de cuprindere, numeroase boli (întîrzieri mintale, anumite forme de leucemie și alte boli de sînge, boli endocrine etc.) prezintă modificări cromosomiale, care pot fi puse în evidență prin anumite metode de laborator.

Dar poate nu este lipsit de importanță să spunem pe scurt ce este cromosomul... Este un element structural proteic complex, care se găsește în nucleul celulei, atît la animale cît și la plante, și care este vizibil mai bine în timpul mitozei, adică al înmulțirii celulei. Omul are în mod normal un număr de 46 de cromosomi dispuși în 23 de perechi. Una din aceste perechi determină sexul individului; este vorba de cromosomii de sex, notați ca XX (la femeie) și XY (la bărbat). Restul de 22 de perechi se numesc autosomi (nedeterminanți ai sexului). Cromosomul X este de 5 ori mai mare decît cromosomul Y și poartă, pe lîngă materialul determinant al sexului, și un plus de informație genetică (adică de trăsături ereditare). Cromosomul Y nu poartă decît materialul determinant al sexului.

Cromosomii cuprind unități mai mici, care poartă numele de gene **și de care depind o serie de caractere. Există, de pildă, o genă pentru culoarea părului, una pentru culoarea ochilor etc...**

Există modificări cromosomiale la delincvenți?

Se afirmă de către unii autori că ar exista o anume ereditate a delincvenței, inconstantă și dificil de apreciat și verificat, deoarece condițiile de mediu și de educație sînt cel mai adesea în cauză.

Totuși, geneticienii au început să se preocupe în mod special de aberațiile cromosomiale la delincvenți...

**

este un cromosom sexual X (formula cromosomială este 47 XXY). Boala se întîlnește la 20% din bărbații cu organele sexuale slab dezvoltate și la 30% din cei cu subfertilitate.

Purtătorii acestei afecțiuni sînt oameni înalți (1,80—1,90 m) cu organele genitale slab dezvoltate, cu păr puțin pe față, cu dispoziția părului pe pube asemănătoare cu cea

Așa arată cromosomii umani.

De la început trebuie să precizăm că aceste aberații cromosomiale nu se moștenesc, ceea ce permite să se elimine orice condiționare parentală în geneza delincvenței la subiecții considerați. Anomaliile cromosomiale care se întîlnesc mult mai frecvent la delincvenți și criminali decît la restul populației interesează cromosomii sexuali.

În cele ce urmează vom prezenta foarte sumar cîteva boli genetice în care există astfel de aberații cromosomiale.

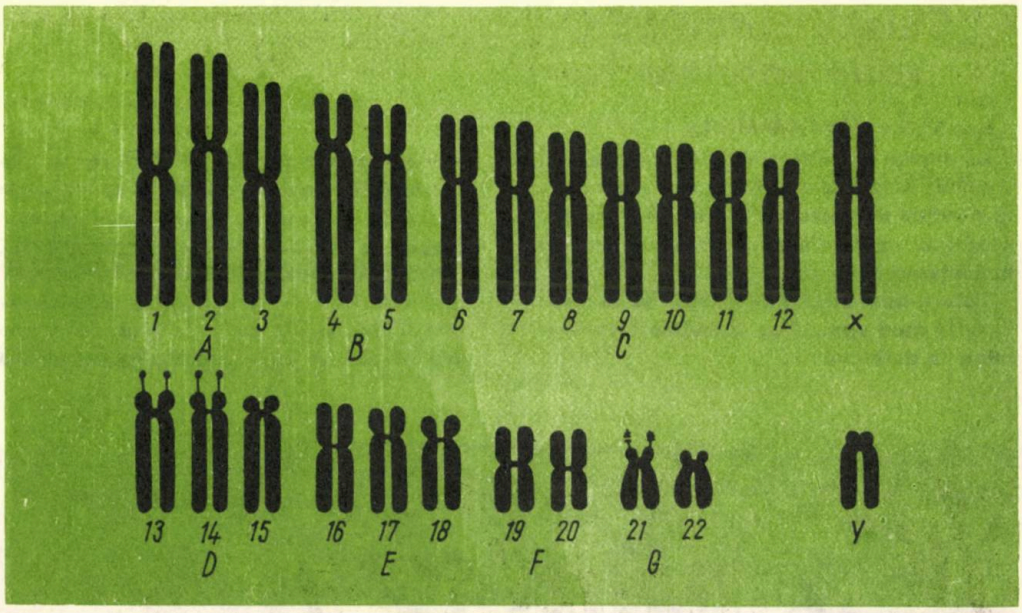
Sindromul Klinefelter

Cei ce sufăr de această boală au un număr de 47 cromosomi, adică au un cromosom în plus față de subiecții normali și acesta

de la femeie, cu mamelele dezvoltate ca la femeie (ginecomastie). Într-o treime din cazuri se plîng de impotență și sterilitate.

Din punct de vedere psihic, într-o treime din cazuri se întîlnesc tulburări mintale. Bolnavii sînt pasivi, timizi, cu tendință la hipocondrie și depresiune psihică. Testele psihologice practicate la acești subiecți îi apropie de schizofrenici.

Pe o statistică cuprinzînd 42 000 nounăscuți, această aberație cromosomială s-a constatat cu o frecvență de 0,17%. Frecvența anomaliei printre delincvenți este însă de 5—10 ori mai mare. Delincvența se referă în aceste cazuri la furt, agresiune, perversiuni sexuale (homosexualitate, podofilie, exhibiționism).



Clasificarea cromosomilor

La părinți și la rudele colaterale nu se remarcă o frecvență mai dare a delincvenței.

Sindromul xyy sau al dublului y

În acest caz e vorba de prezența unui cromosom sexual Y în plus (formula cromosomială este 47, XYY).

Și în aceste situații e vorba de subiecți înalți (depășind adesea 1,80 m), cu calviție (căderea părului), acnee (coșuri) pe față, fără anomalii sexuale, dar adesea cu sterilitate.

Din punct de vedere psihic, aceștia sînt timizi, rezervați, pasivi, puțin agresivi în afara actelor delictuale. Excitația sexuală este normală sau exagerată, dar bolnavul se teme de contactul cu femeile, prezentînd o tendință de homosexualitate, la masturbație excesivă.

Pentru a-și învinge timiditatea, bolnavul recurge la consumul de băuturi alcoolice, comițînd adesea acte delictuale sub influența beției.

Tulburările mintale apar mai rar decît în sindromul Klinefelter.

Aberațiile genetice de acest fel se întîlnesc cu o frecvență de 0,15% în populația generală. În închisori și în instituțiile pentru delincvenți frecvența este de 10 ori mai ridicată. Delincvența se traduce prin acte de violență (chiar și omucidere), agresiune, tendință la piromanie, homosexualitate.

La ascendenți și la rudele colaterale ale subiecților cu sindrom XYY nu se întîlnește o frecvență semnificativ mai mare a delincvenței.

Amintim că în afara acestor două boli cromosomiale mai pot exista și alte anomalii cromosomiale, cum ar fi, de pildă, sindromul 48 XXYY, care este de 10 ori mai frecvent printre delincvenți decît în populația generală.

Cîteva scurte considerații

Explicațiile furnizate pentru justificarea delincvenței în cazul anomaliilor cromosomiale amintite sînt departe de a fi epuizate și acceptate. S-a afirmat de pildă că existența unui astfel de subiect într-o familie, i-ar crea acestuia un dezavantaj pe care a-

cesta ar căuta să-l compenseze într-un fel. S-a constatat că debilitatea mintală nu aduce după sine în mod inevitabil delincvență, iar coeficientul intelectual în sindromul XYY este în general normal.

Trebuie să insistăm că prezența anomaliei genetice nu înseamnă în mod obligatoriu delincvență, deoarece există mulți subiecți cu astfel de boli genetice, care au o existență și o inteligență normală.

S-a intuit, teoretic, de către unii, posibilitatea de a se corija aberațiile cromosomiale, vorbindu-se chiar de o chirurgie cromosomială. Trebuie să spunem că în actualul stadiu al geneticii, lucrul acesta constituie o utopie.

Dr. OVIDIU OPRIAN

Consultație în parc

În parcul Stațiunii balneare G.

Un reumatic aflat la cură, sprijinit în bastoane, stă pe o bancă. Un tînăr se apropie, se oprește și se așează și el.

Reumaticul: Dacă nu vă supărați, pentru ce sînteți venit în stațiune? O fi tot pentru reumatism...

Tînărul: Tot...

Reumaticul: Unde îl aveți?

Tînărul: La umeri, la coate...

Reumaticul: Și... ce v-au prescris «ăștia»?...

Tînărul: Băi de sulf...

Reumaticul: Sulf? Nu se pricep... Sulful nu face nici două parale... În materie de reumatism, sînt eu mai doctor decît ei... Trebuiau să vă dea iod... Cereți să vi-l schimbe...

Tînărul: Am să cer...

Reumaticul: Nămol v-au prescris?

Tînărul: Nu.
Reumaticul: Vedeți? Altă greșeală. Nu v-ar strica și puțin nămol...
Tînărul: Păi merge nămolul cu iodul împreună?
Reumaticul: De ce n-ar merge? Unul trage, celălalt împinge...
Tînărul: Cum adică? Nu înțeleg...
Reumaticul: Unul trage reumatismul afară din corp, celălalt îl împinge...
Tînărul: Unde îl împinge?
Reumaticul: Tot afară, se înțelege... Dar ceva parafină v-au prescris?
Tînărul: Cu lingura?
Reumaticul: Aș. În împachetări...
Tînărul: Păi dacă iodul și nămolul împing, parafina ce mai face?
Reumaticul: Parafina înmoaie...
Tînărul: N-am nevoie. Eu am reumatismul la umeri, nu la mațe...
Reumaticul: N-are a face... Înmoaie și reumatismul... Îl face ca o gelatină... *(după o tăcere)* Curenți vă aplică?
Tînărul: Ce fel de curenți?
Reumaticul: Ceva ionizări, galvanizări, vulcanizări...
Tînărul: Dar ce sînt eu? Anvelopă de automobil să mă vulcanizez?
Reumaticul: Vulcanizări medicale...
Tînărul: Poate că nu mi-ar strica și cîteva petice?...
Reumaticul: Văd că mă luați în bășcălie... dar să știți că mă pricep... Inhalații v-au dat?
Tînărul: Inhalații, cu ce?
Reumaticul: Cu... mentosan, cu pedc san... cu aviasan... cu detexan...
Tînărul: Detexan?! Ăla e contra insectelor...
Reumaticul: E și contra reumatismului...
Tînărul: Păi nu e otrăvitor?
Reumaticul: Cum o să fie? Doar îl tragi pe nas. Nu-l bei...
Tînărul: Și dacă-l trag pe nas, cum ajunge la umeri?
Reumaticul: Foarte simplu. Intră care va să zică în stomac, de aci în ficat, fierea îl plimbă prin sînge, prin splină, prin rinichi, și vine de-l localizează la încheieturile bolnave... la umeri... la coate...
Tînărul: Și... acolo ce face?
Reumaticul: Distruge microbii reumatismului... Îi face praf... Mai rău ca pe muște...
Tînărul: la te uită, dom'le... De aia e bine să nu asculți numai pe doctor și să stai de vorbă și cu cîte un om priceput în ale medicinei... *(se uită la ceas)*. Eeee, s-a făcut ora pentru policlinică... *(se ridică)*
Reumaticul: Probabil că aveți bon de ordine la consultații...
Tînărul: Nu. Consultațiile le acord chiar eu...
Reumaticul: Cum ați zis? Nu cumva?...
Tînărul: Sînt medicul-șef al Stațiunii... *(pleacă)*.

Dr. CONSTANTIN COLONAȘ

******

Tovarășe doctor, după cum vă spun, individul nu e sănătos. Mă sună la telefon, fix la miezul nopții. Nuuu, v-am spus că nu-l cunosc, altminteri nu mi se părea curios. Dimpotrivă. Cum spun, individul pare suspect. Susține că ar fi Napoleon. De unde telefon pe vremea lui Napoleon? Cea mai bună dovadă că n-a putut lua legătura cu Wellington și a ratat lovitura de la Waterloo... Mă refer la Napoleon cel adevărat, fiindcă individul care mă sună pe mine, nu ratează nimic. Cum spun, mă sună și zice: dormi? Acum judecați și dumneavoastră, cum să dorm dacă mă sună? Zic: nu dorm, tovarășe Napoleon (vă dați seama că evit să-l contrazic!) tocmai stau de vorbă cu soțul meu. Firește, n-am nici un soț, dar încerc prin această minciună nevinovată să-i atrag atenția că în casă există un bărbat care ar putea să-l întrebe în mod oficial ce anume pretinde de la o femeie singură ca mine. Ei bine, ce credeți că răspunde Napoleon la această penibilă — pentru el — veste? «Cum să fie soțul tău, cînd soțul tău sînt eu?». Nu-mi pierd capul, vă dați seama că sînt o ființă destul de calmă și, ca să-l conving că nu sînt Josefina ci Paraschiva pur și simplu, încep să vorbesc cu soțul meu imaginar fleacuri în genul: «adu-mi papucii, vezi să nu dai foc la plapumă cu țigara, trage jaluzelele etc. etc.» Ei bine, Napoleon nici nu se sinchisește. Începe și rîde, și rîde... Mă supăr. Închid. Sună iar. De data aceasta răspunde soțul meu, adică vocea mea schimbată cu ajutorul unei batiste. Nici nu bănuiți cîte îi spun, așa, ca între noi bărbații. El, nimic. Rîde și rîde... Mă supăr. Închid. Sună din nou. Răspunde, cine credeți? O voce de fetiță, adică vocea mea ușor modificată, ca să vadă că am și copil. «Vai nene, de ce nu respecți orele de somn ale copiilor?» Credeți că renunță? Nici vorbă. Rîde. Trîntesc telefonul. Sună iar. Fac pe soacra, pe cumnata, pe cuscra, dar pe cine nu fac, tocmai eu care sînt singură pe lume... Așa mă ține toată noaptea...

— Da, numai că nu înțeleg de ce ați venit la mine. Mai curînd ar fi trebuit să vină acest Napoleon, care vă deranjează...

— V-am spus că nu-l cunosc, aș da orice să aflu cine este...

— Atunci ar fi bine să puneți telefonul sub observație.

— Am încercat, dar tovarășii de acolo m-au trimis la dumneavoastră...

— La mine? De ce?

— Pretind că nu am telefon.

RODICA TOTT

EPIGRAME

Unui doctor care pune bolnavii pe drumuri

Doctorul făcut-a gafa,
Că plimbîndu-l tot mereu,
De la Ana la Caiafa,
L-a trimis la... Dumnezeu.

Prescripție medicală pentru un simulant de gripă

Gripa ta e o belea.
Ce-ai să auzi să nu te miri:
Te transfer la munca grea,
Să poți zilnic să transpiri.

Unui medic stomatolog

La el proteză dacă-ți faci,
Se va-ntîmpla — mie la mie —
Să ingerezi ca un sugaci
Zdrobind mîncarea în gingie.

Unui diabetic care n-a respectat măsura consumului de glucide

Nemairespectînd măsura,
Zahărului înghițit,
Boala i-a făcut figura:
Omul —... s-a zaharisit.

Radiografie negativă

Cu tot efortul ce-a depus,
Bolnavului, un fost amic...
Cînd s-a uitat în cap, i-a spus:
— Fii fără grijă... n-ai nimic!

Unui obez

Un medic i-a prescris mișcare,
Și el s-a conformat, se pare,
Că de atunci — bătu-l-ar vina —
Într-una merge... cu mașina.

Consolarea chirurgului

Un picior i-a amputat
Și apoi l-a consolat:
— «N-avea grijă, ai răbdare,
Te pun iarăși pe picioare.»

Încurajare

— «E prima operație a mea»
Spunea cu teamă, pacientul Dima.
Iar doctorul l-a consolat așa:
— «Fii liniștit, că și a mea e prima.»

Dialog într-o clinică de oftalmologie

Oftalmologul Dan zîmbind în barbă,
I-a spus bonom: — Te fac să vezi din nou.
Și orbul i-a răspuns, ca un ecou:
— În dumneata, încrederea mi-e oarbă.

Unuia

Bolnav mereu, la dispensar,
Mergea să ia certificat;
Iar pentru tratamentul dat,
Mergea alături la un... bar.

Dialog în spital

Un medic își întreabă pacientul:
— Te rog să-mi spui, mai ai temperatură?
Și i-a răspuns cu sufletu' la gură:
— Nu. Nu mai am, mi-a luat-o asistentul.

ION VLADIMIR

ACTUALITĂȚI MEDICALE

DATE NOI ÎN TRATAMENTUL HEMOFILIEI DE TIP A

Hemofilia este o boală care se manifestă prin hemoragii spontane sau apărute în urma unor traumatisme minime, hemoragii care sînt uneori de asemenea intensitate încît pun viața bolnavului în pericol.

Boala se datorește lipsei din sîngele bolnavului a globulinei antihemofilice A sau factorului VIII al coagulării, care are rol important în procesul normal al coagulării sîngelui. În lipsa acestui factor VIII apar sîngerări la cele mai mici lovituri sau chiar spontane, fără o cauză aparentă.

Deficiența factorului VIII este o boală ereditară, datorîndu-se unei modificări de pe cromozomul sexual X al femeii, care nu face boala clinică, dar o transmite unora dintre urmașii săi de sex masculin.

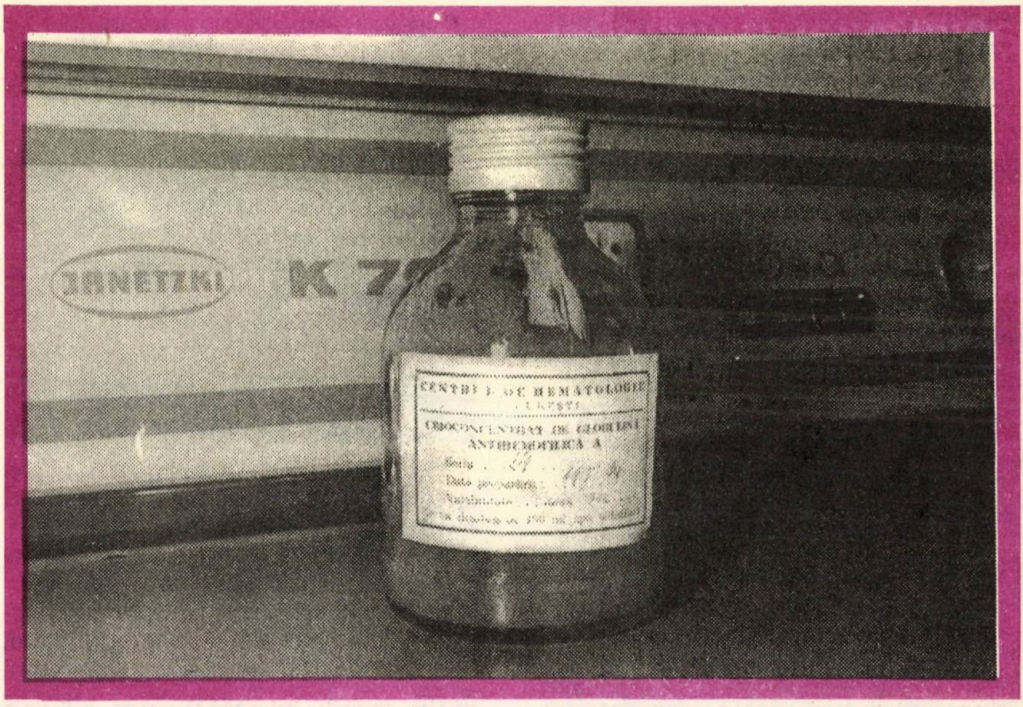
Sîngerările apar la băieți, de obicei în jurul vîrstei de un an, cînd încep să meargă, prilej deci de căzături și loviri. În alte cazuri boala se manifestă la vîrsta școlară sau chiar la adult.

Cele mai frecvente localizări ale sîngerărilor sînt articulațiile mari (genunchi, cot, umăr), care se măresc de volum, devin extrem de dureroase și imobilizează bolnavul la pat. Consecința redutabilă a acestor hemartroze (hemoragii intraarticulare) este ankiloza articulației respective după sîngerări repetate, care transformă bolnavul într-un invalid.

Alteori pot apare hemoragii grave meningeale, intraperitoneale, nazale, gingivale (în special după extracții dentare), hemoragii masive și de lungă durată, care îi pot fi fatale bolnavului dacă nu se aplică tratamentul corespunzător.

Tratamentul curativ al hemoragiilor constă în administrarea globulinei antihemofilice, care să corecteze lipsa factorului VIII.

Acest factor VIII se găsește în plasma sanguină a omului normal. Pînă în acest secol, cînd s-au descoperit grupele sanguine și a început să se practice transfuzia de sînge, bolnavii de hemofilie nu beneficiau de nici un tratament. Supraviețuiau numai un mic număr de hemofilici, din cei cu forme mai ușoare de boală, dar chiar și aceștia avînd o durată de viață mult redusă.



Un prim pas în terapeutica hemofiliei l-a constituit transfuzia de sînge proaspăt, cu care s-a reuşit să se stăpînească unele cazuri de hemofilie. S-a observat însă că sînt necesare numeroase flacoane de sînge pentru a acoperi deficitul cazurilor grave de hemofilie, ceea ce produce o dereglare a echilibrului hemodinamic, cu supraîncărcarea circulaţiei sanguine a bolnavului.

S-a trecut atunci la separarea plasmei (care conţine factorul antihemofilic), de globulele roşii şi albe ale sîngelui, ceea ce reduce volumul de perfuzat la jumătate. Dar chiar şi în această eventualitate sînt necesare cantităţi destul de mari de plasmă (1 000—1 200 ml) de administrat la 12 ore.

De aceea eforturile cercetătorilor s-au îndreptat către extragerea din plasmă a factorului necesar.

Recent şi la noi în ţară, la Centrul de Hematologie, un colectiv format din dr. Cornelia Iancu, dr. Georgeta Rotaru şi dr. Şerban Andronescu, au pus la punct o metodă de extragere şi concentrare a globulinei antihemofilice prin crioprecipitare.

Produsul denumit «crioconcentratul de globulină antihemofilică» concentrează într-un volum final de 150 ml, factorul antihemofilic din 2 500—2 800 ml sînge.

De aici reiese avantajul imens pentru bolnavi, cărora li se poate asigura o cantitate suficientă de factor antihemofilic într-un volum mic, fără a-i supune la multiple transfuzii, cu supraîncărcarea circulatorie consecutivă (administrarea a 2 flacoane de crioconcentrat echivalează cu 24 de flacoane cu sînge integral). Căci nu este totuna ca unui copil

de 2—3 ani care se înecă cu sîngele ce-i curge șuvoi din nas sau care se zbate datorită durerilor produse de hemoragia articulară, să-i administrezi în 10 minute un flacon de 150 ml în loc să-l ții imobilizat ore întregi cu acul de perfuzie în venă!

Pe lîngă avantajul clinic, metoda este preferabilă și din punct de vedere economic, întrucît sîngele din care se extrage crioconcentratul este folosit în totalitate la prepararea de derivate sanguine sau la transfuzarea altor bolnavi care nu necesită factor VIII.

Acest fapt are importanță dublă, întrucît pe de o parte nu se risipește nimic din acest prețios material uman care este sîngele dăruit de aproapele nostru, căci pentru prepararea fiecărui flacon este necesar concursul a 10 donatori de sînge; pe de altă parte, rezultă un produs puțin costisitor, aproximativ de 5—6 ori mai ieftin decît alte produse din străinătate. În țara noastră nu se pune bolnavului problema cumpărării medicamentului, întrucît asistența medicală a hemofilicilor de toate vîrstele este asigurată gratuit de către stat. Pentru bugetul Ministerului Sănătății însă realizarea criocentratului constituie o economie de fonduri valutare, care pot fi dirijate acum pentru procurarea altor medicamente sau aparate medicale, care nu se produc deocamdată la noi în țară.

Produsul se administrează hemofilicilor de tip A, pentru oprirea hemoragiilor sau pentru pregătirea lor operatorie.

Pînă la obținerea concentratelor de factor antihemofilic intervențiile chirurgicale la hemofilici prezentau un coeficient de risc atît de mare, încît practic erau de neconceput. Chiar și o simplă extracție dentară putea fi fatală, declanșînd o hemoragie de nestăpînit.

Astăzi, administrîndu-se crioconcentrat de globulină antihemofilică cu o zi înainte de operație, în timpul intervenției și cîteva zile postoperator, se realizează în condiții optime intervenții chirurgicale mari intraperitoneale și retroperitoneale, craniene, ortopedice etc.

Totodată, cu ajutorul acestui produs, s-a reușit oprirea spectaculară a hemoragiilor survenite la hemofilici, în termen mult mai scurt, fără a produce incidente secundare posttransfuzionale.

Aplicarea crioconcentratului prelungește viața hemofilicilor, reduce numărul zilelor de incapacitate de muncă și deschide o eră nouă în chirurgia hemofilicilor.

Salvarea acestor bolnavi depinde în ultimă instanță de gestul uman al aproapelui nostru, care-și dăruiește o mică parte din sîngele său pentru a menține flacăra vieții și în semenii săi, greu încercați de boală.

Dr. GEORGETA ROTARU
Centrul de hematologie – București

VITAMINA C ...O NECUNOSCUTĂ

Tainele vitaminei C

***

Deşi descoperită încă din 1932, cînd Szent-György a izolat-o din citrice, foile de varză şi glandele suprarenale, vitamina C are încă multe taine, mai ales în ceea ce priveşte modul său de acţiune intra-celular.

În timp ce majoritatea vieţuitoarelor o pot fabrica în propriul lor organism, omul, maimuţa, cobaiul sînt lipsiţi de această proprietate, trebuind să şi-o procure din exterior prin fructe, legume, zarzavaturi etc.

Prezenţa sa este strîns legată de ţesutul viu, în creştere, concentraţia sa fiind cu atît mai mare cu cît schimburile celulelor sînt mai intense.

În seminţele vegetale, aflate în repaus, cantitatea sa e minimă, dar ea începe să crească îndată ce ele încolţesc.

Principala manifestare a lipsei sale totale din alimentaţie o reprezintă scorbutul, care a decimat veacuri la rînd pe îndrăzneţii navigatori din jurul lumii, avînd la bord doar peşmeţi şi carne sărată. Afecţiunea e caracterizată prin astenie marcată, anemie, hemoragii ale gingiilor şi pielii, slăbire generală, rezistenţă scăzută la diferite infecţii, inclusiv la tuberculoză. Se ştie că există şi o avitaminoză C parţială, cu semne destul de discrete, pretînd la confuzie cu alte afecţiuni: paloare, oboseală la efort, epistaxis repetat, tendinţă la viroze respiratorii.

James Cook a intuit remediul scorbutului, folosindu-l cu succes în călătoriile sale din Pacific: legume şi fructe proaspete. Mai tîrziu, toţi marinarii au învăţat să-l evite primind zilnic cîteva linguriţe cu zeamă de lămîie. Clasic se apreciază că necesarul unei zile în vitamină C nu depăşeşte la adult 30 mg. În realitate este mult mai mare în anumite perioade de viaţă: în timpul creşterii, iarna, în cursul bolilor infecţioase.

S-a stabilit că vitamina C este indispensabilă organismului în lupta antimicrobiană, după cum dovedeşte consumul sporit al acestei vitamine la nivelul leucocitelor în asemenea împrejurări.

Vitamina C şi bolile sezonului rece

Dar două momente, dezvăluindu-i noi şi neaşteptate calităţi o aduc din nou în actualitate, declanşînd o suită de cercetări:

— Cartea prof. L. Pauling «Vitamina C împotriva răcelilor» şi

— descoperirea de către Emil Genter a scăderii colesterinei sub acţiunea vitaminei C.

Dublul laureat al premiului Nobel: 1954 pentru chimie atomică, 1962 pentru pace, îşi destăinuie secretul vindecării sale de o veche inflamaţie a căilor respiratorii. Vechi bronşitic, mereu răcit, astenic şi deprimat, Linus Pauling primeşte vizita vechiului său prieten, biochimistul dr. I. Stone. Acesta îi dezvăluie secretul deplinei sale sănătăţi,

la o vîrstă respectabilă: vitamina C în doze mari, concluzie la care ajunsese după aproape 30 de ani de studii. Savantul atomist și soția sa o folosesc. I se normalizează nu numai starea respiratorie, dar își recapătă vigoarea și buna dispoziție.

Cartea stîrnește un mare interes, dar și o vie polemică. Deși nu posedă o acțiune bactericidă sau viricidă, vitamina C nu lipsește totuși niciodată din schema de tratament a unei boli infecțioase sau a unei convalescențe. În urmă cu două decenii se încercase tratamentul hepatitei epidemice cu doze mari de vit. C în perfuzii, dar rezultatele n-au fost concludente. Mai tîrziu s-a constatat obiectiv că vit. C reușește în infecții supurative ale pielii — ca de exemplu hidrosadenitele — chiar în cazurile în care antibiotice de prestigiu rămîn fără efect. Prin tulburări circulatorii la nivelul mucoaselor respiratorii, sezonul rece prilejuiește apariția infecțiilor virotice, care, la rîndul lor, deschid drumul complicațiilor microbiene. De aceea, pe terenuri slăbite apar sinusite, otite, bronșite, congestii pulmonare. Pauling presupune că vit. C stimulează fabricarea în organism a interferonului, substanță cu puternice însușiri antivirale.

Sfatul lui Pauling: vitamina C în doze mari, 4—6 g/zi, previne și vindecă.

Primele verificări s-au efectuat pe loturi comparative de sportivi care au primit unii vitamina C autentică, alții tablete asemănătoare, dar cu un conținut inactiv, de ex. amidon (metodă de studiu obiectiv denumită placebo), bineînțeles fără ca respectivii să știe. Rezultatul: scăderea semnificativă a îmbolnăvirilor la sportivii primului lot. Dar... intervin scepticii și prudenții. Dozele li se par prea mari pentru un organism al cărui necesar în vitamină C este destul de mic. Ba, se mai invocă eventualitatea dezintegrării vit. C în acid oxalic, un posibil constituent al calculilor urinari. Alții pur și simplu consideră exagerată opinia favorabilă despre vitamina C a prof. Pauling «un distins atomist, dar lipsit de experiență medicală». O serie de studii obiective soluționează controversa. În Anglia, elevii și elevele unor internate primesc zilnic doze moderate de vitamina C: 200—500 mg, urmărindu-se starea lor de sănătate în anotimpul rece. Efectele sînt remarcabile: numărul răcelilor e mult mai mic, durata lor e mai scurtă, forma clinică mult mai blîndă. Alte serii de observațiuni întreprinse între 1965—1972, prelucrate statistic cu ajutorul calculatoarelor, ajung la concluzii similare. Vitamina C, folosită preventiv, 200—500 mg pe zi, mărește rezistența față de infecțiile acute ale căilor respiratorii.

Unele experimentări infirmă în sfîrșit teama nocivității vit. C în doze mari. Persoanele care au luat zilnic 3—6 g vit. C

timp de peste un an, n-au semnalat nimic anormal. Mai mult, sporindu-se dozajul pînă la 80 g/24 ore! timp de 10 zile! toleranța a fost perfectă. Dozele foarte mari pot exercita însă un efect laxativ, datorită stimulării mișcărilor intestinale. S-a mai constatat și creșterea tranzitorie a numărului trombocitelor sanguine. Ambele «neajunsuri» pot fi însă deseori niște efecte binevenite.

Vitamina C și cancerul

Recent, autori englezi au studiat intervenția vit. C asupra țesutului tumoral, potrivit afirmației despre utilitatea dozelor mari de vitamina C în tumorile vezicii urinare. Vit. C face parte dintr-un complex chimic care blochează în țesuturi acțiunea unei enzime, anume hialuronidaza sau factorul de difuziune. În lipsa vitaminei C, această enzimă devine activă, topind «cimentul» dintre celule și favorizînd o dată cu eliberarea celulelor bolnave răspîndirea infecției sau a procesului tumoral, element decisiv pentru viața bolnavului.

Fără a interveni în geneza procesului neoplazic, vitamina C pare să se opună în acest mod invaziei organismului de către țesutul malign. Cameron Ewan anunță de pe acum rezultate încurajatoare în revista The Lancet, Nr. 7 749.

Vitamina C și colesterolul

Rolul colesterolului în apariția aterosclerozei rămîne un fapt bine stabilit, nivelul crescut în sînge al acestei grăsimi fiind astăzi apreciat ca un fidel indicator al bolii coronariene. Ampla cercetare din S.U.A., cunoscută sub numele de «FARMINGHAN» evidențiază o serie de corelări pe această linie. Sub 200 mg % nu există practic un risc de suferință coronariană. Între 240—260 mg% riscul crește de trei ori, iar peste 300 mg% de cinci ori. De remarcat că nivelul crescut al colesterolului sanguin preexistă cu mulți ani manifestărilor clinice anginoase sau infarctului. Valorile colesterolului tind să crească o dată cu vîrsta, atingînd valori maxime la bărbat între 50—59 de ani, iar la femeie, ceva mai tîrziu, între 60—69 ani. Panta sa se suprapune într-adevăr riscului de infarct, care este mai timpuriu la bărbat decît la femeie, fiind posibil ca hormonii ovarieni să-i asigure mai mult timp o protecție vasculară. Între primele măsuri împotriva aterosclerozei se situează restricțiile alimentare. Există de altfel o relație certă între consumul de grăsimi și cifra colesterolului din sînge. Ne explicăm acum raritatea bolii coronariene în ultimul război mondial, cu privațiunile lui de hrană și, de asemenea, raritatea aterosclerozei la vegetarienii convinși. Măsurilor dietetice li se adaugă medicamentele, dintre care cel mai activ, Clofibratul, inhibă sinteza în corp a colesterinei. Dar iată că și vitaminei C îi revine un rol util. Colesterolul constituie sursa fiziologică de fabricare a hormonilor sexuali și cortizonici. O altă parte din el este transformată de către ficat în acizii biliari necesari digestiei grăsimilor în intestin.

Lucrînd la Centrul de cercetări pentru nutriția omului din Bratislava, Emil Genter a demonstrat intervenția vit. C în acest proces de transformare intrahepatică a colesterinei în componenți biliari. Experiențele s-au efectuat pe cobai, care, după cum știm, sînt strict dependenți de aportul vitaminic exterior. Dintr-un grup de 50 cobai, jumătate au primit cîte 10 mg vit. C zilnic, adică o doză normală, ceilalți doar cîte 0,5 mg, pentru a fi menținuți în viață, creîndu-li-se însă o hipovitaminoză C. După trei luni li s-a administrat colesterol marcat radioactiv, al cărui circuit în organismul cobailor putea fi deci urmărit cu precizie. Determinările au arătat că deși toți cobaii aveau aceeași înfățișare exterioară, la cei cu deficit vitaminic concentrația colesterolului era mult crescută, atît în sînge cît și în ficat, splină. Acum se știe că vit. C este indispensabilă ficatului în procesul chimic de hidroxilare, prin care colesterina se preface în acizi biliari. Un deficit cronic de vit. C poate conduce așadar la aterogeneză, alături de alți factori de risc, ca:

hipertensiunea arterială, sedentarismul, diabetul, fumatul, încordările nervoase.

Concluzia? Mai multă vitamina C în alimentația noastră, mai multe fructe, legume, zarzavaturi. Să nu le uităm, chiar dacă avem la dispoziție comprimatele comod de luat. Experiența unor exploratori polari este semnificativă. Deși luau zilnic 100 mg vitamina C sub formă de tablete, nu au reușit să evite pierderea capacității lor fizice și instalarea semnelor de scorbut.

Îndată însă ce au început să consume din proviziile de fructe, tulburările au dispărut. Explicația? Acțiunea vitaminei C este corelată fiziologic cu a unor oxidaze, fermenți prezenți în vegetale. În lipsa lor, vitamina C sintetică poate rămîne inactivă. Așadar, activizarea tabletelor prin asocierea consumului de vegetale clorofilice și fructe colorate, bogate în carotenoizi, în tot cuprinsul anului!

Dr. GH. STOICESCU

Înțepături de ac

Rugăminte imaginară

Farmacistule! Fă bine!
Dintre multele buline,
Dă-ne una potrivită
Să scăpăm de chiul și mită!

Unei surori medicale cicălitoare

De trei ceasuri dai cu gura,
Că îmi vine ca să strig:
Dă-mi -napoi temperatura,
Că acum mă ia cu frig!

Unui bețiv gripat

Pînă către dimineață
A stat cu paharu-n față
Și-acum zace-n ziua mare
Pe spinare cu pahare!

Opinia unui ginere după ce soacra a făcut o intervenție chirurgicală la ochi

Medicii-au făcut minuni!
După ultimul consult
Soacra vede cu ochi buni...
Vede însă chiar prea mult!

Unei doamne de la Fișier, cam palidă, dar foarte slobodă la gură

Iarăși nu mă pot înfrînge!
Doamna asta, din păcate,
Are-atît de puțin sînge...
Că nici a roși nu poate!

Surori medicale și asistente

O deosebire
Pare că există:
Unele muncesc,
Altele asistă!

Sfat unei doctorițe nemăritate

Viața e neiertătoare
(Așta-i crudul adevăr!)
Puneți deci pe deget a u r,
Cît nu ai a r g i n t **în păr!**

Unui medic care în fiecare vară își aranjează să plece «oficial» la Mangalia

— Doctorul de la Interne
Și cu două subalterne
Au concediu medical?
— Sînt bolnavi de... litoral!

Unuia care și-a luat permis de șofer prin protecții

A intervenit o nașă
Cu vreo două, trei depeșe
Că-l știa șofer din f a ș ă ...
D-aia a ajuns în f e ș e !

G. ZARAFU

TERAPIA ȘI SUPRAVEGHEREA INTENSIVĂ ÎN INFARCTUL MIOCARDIC ACUT

Beneficiul îndoielnic al tratamentului aplicat unor forme clinice de infarct miocardic acut poate fi explicat în două feluri:

1. Leziunea organică gravă, ireversibilă, incompatibilă cu un tratament medical eficace.

2. Prezența, asociată infarctului miocardic acut, a unor complicații reversibile, implicate direct în evoluția gravă dar care, depistate precoce, pot beneficia de un tratament medical eficace.

Studiile clinice și experimentale contemporane au arătat că la un număr mare de bolnavi cu infarct miocardic acut, leziunea anatomică (necroza miocardică) este limitată

și că evoluția gravă, uneori fatală, se datorește unui mecanism funcțional «neanatomic». S-a definit sub termenul expresiv de «inimă prea bună pentru a muri» implicarea frecventă în evoluția gravă a infarctului miocardic acut a unor tulburări grave, dar reversibile, în ritmul și conducerea cardiacă. Reluîndu-se aceste studii electrocardiografice s-a demonstrat rolul cauzal al tulburărilor de ritm cardiac în agravarea evoluției și a prognosticului infarctului miocardic acut. A fost astfel definită noțiunea de insuficiență electrică primară a inimii datorită unui mecanism cauzal reversibil: apariția tulburărilor de ritm și de conducere cardiacă.

Apariția neașteptată a tulburărilor în ritmul și conducerea cardiacă are o incidență crescută și o semnificație prognostică uneori gravă în evoluția infarctului miocardic acut. Ele pot:

— agrava leziunea miocardică preexistentă infarctului miocardic;

— precipita apariția unor perturbări grave: insuficiență cardiacă, edemul pulmonar acut, colapsul circulator;

— determina producerea morții subite prin fibrilație sau asistolă ventriculară.

Depistarea și tratarea timpurie a acestor tulburări de ritm cere supravegherea atentă și permanentă a oricărui bolnav cu infarct miocardic acut, cel puțin în primele zile după apariția bolii, perioadă în care incidența tulburărilor de ritm cardiac este foarte ridicată. Practica actuală care continuă a dispersa bolnavii cu infarct miocardic acut în diverse saloane din spital este reconsiderată. Existența dovedită a morților așa-zise «evitabile» prin tulburări de ritm corijabile, în care resuscitările eficace, temporare sau de durată, sînt posibile, acreditează din ce în ce mai mult ideea necesității imperioase a plasării bolnavilor cu infarct miocardic acut, cel puțin în primele zile de boală, în saloane separate. Acestea sînt dotate cu mijloace electronice de supraveghere continuă a imaginii electrocardiografice, a frecvenței cardiace și a tensiunii arteriale și cu dispozitive de alertă sonoră audiovizuală la nevoie, și prevăzute cu aparatură, medicație și personal calificat pentru aplicarea unei terapii și resuscitări cardiorespiratorii de urgență.

În ciuda unor poveri financiare deosebite (paturi special echipate și personal calificat în tură de zi și de noapte) și a unei rentabilități scăzute (sînt necesare adeseori zeci și sute de ore de supraveghere continuă pentru a depista prezența unei singure complicații ritmice) înființarea și dotarea corespunzătoare a saloanelor de terapie și supraveghere intensivă a bolnavilor cu infarct miocardic acut este indispensabilă mai ales în spitalele mari sau în serviciile cu profil cardiovascular. Această măsură, care a intrat în practica marilor clinici din țara noastră, permite recuperarea unui număr din ce în ce mai mare de bolnavi cu infarct miocardic acut la care evoluția gravă, uneori fatală, este sigur evitabilă.

Dr. DINU DRĂGHICI

medic primar cardiolog — ASCAR

LITIAZA BILIARĂ

își dezvăluie tainele

Cunoscută din vremuri îndepărtate, prezența pietrelor fiind descoperită și la mumiile egiptene, litiaza biliară (grecescul **lithos** = piatră) a rămas pînă aproape de zilele noastre o afecțiune misterioasă. Marea majoritate a calculilor avînd la bază colesterina, apariția lor a fost pusă pe seama unei alimentații bogate în grăsimi.

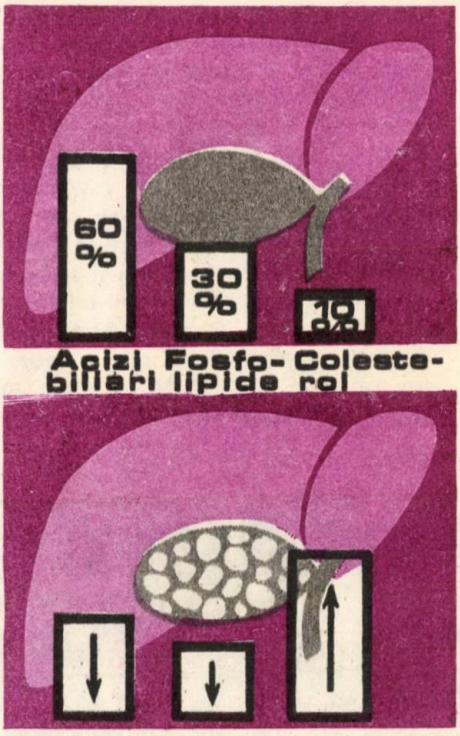
Exprimată în mod curent prin criza de ficat sau colica biliară, consecință a blocării fluxului biliar din veziculă printr-un calcul, litiaza biliară rămîne o suferință periculoasă datorită numeroaselor sale complicații. Așa de pildă: angiocolita infecțioasă, care se extinde la ficat și poate cuprinde întreg organismul, perforația cu peritonită acută, icterul mecanic cu alterarea țesutului hepatic etc.

Prin iritarea continuă a peretelui vezicular ea poate constitui punctul de plecare al unor tumori biliare, în special la persoane care o au de multă vreme.

O întîlnim mai des la femeia în jur de 40 de ani, dar nici bărbatul nu e scutit de această afecțiune, e adevărat cu o incidență mult mai mică. De multe ori ereditatea intervine frapant: mama și fiica fac aproximativ la aceeași vîrstă colecistita litiazică.

Criza biliară este ușor de recunoscut prin debutul ei brusc, în plină noapte, după oboseala unei călătorii, în urma unor enervări sau, mult mai des după o masă bogată în grăsimi și ouă. În cîteva minute tabloul este complet: o durere în «capul pieptului» (regiunea epigastrică) sau ceva mai spre dreapta, resimțită ca o senzație de rupere interioară, strivite sau «strîngere într-o menghină». Iradiază în sus, mai rar, spre baza gîtului, cel mai des sub omoplat și umărul drept. Respirația intensifică durerea, din care cauză bolnavul preferă poziția aplecată înainte, abia îngăduindu-și să răsufle. Prin deplasarea calculului, fie spre intestin, fie înapoi în veziculă, totul reintră în ordine, în zilele următoare, ceea ce a dus, pe bună dreptate, la denumirea colicei biliare drept «criza de trei zile». Rezolvarea radicală a suferinței rămîne cea chirurgicală — co-

lecistectomia — adică extirparea veziculei biliare. Limitată la colecist, afecțiunea are un risc chirurgical extrem de mic, egal cu al apendicectomiei. Prin apariția calculilor în canalul biliar principal, numic coledoc, riscul însă crește, așa cum de altfel este sporit după vîrsta de 60 de ani. Dar nu totdeauna intervenția chirurgicală rezolvă definitiv litiaza biliară. Pot apare calculi noi pe calea biliară restantă, impunînd tratament medical susținut sau o nouă operație. Alteori, de la început colecistectomia este contraindicată de starea precară a pacientului. De aceea, eforturile s-au îndreptat spre elucidarea mecanismului de producere a calculilor în vederea găsirii unei metode de prevenire și dizolvare a lor. S-au întreprins astfel studii comparative ale bilei provenite din vezicula sănătoasă și cea bolnavă de calculoză. Dar mai întîi trebuie explicat modul în care organismul reușește să țină în stare de soluție colesterina, o substanță total insolubilă într-un mediu apos. Bila are trei componenți principali: acizi biliari, fosfolipide și colesterină. S-a constatat că primele două asigură solubilizarea celei de a treia. Acizii biliari în special, se comportă ca niște adevărați detergenți ai bilei, dizolvînd colesterina.



Într-adevăr, acizii biliari alături de lecitină, alcătuiesc niște complexe moleculare extrem de mici, numite micelii la nivelul cărora aderă particule foarte fine de colesterină, bila devenind astfel o soluție clară. Este de ajuns o mică dereglare a proporțiilor celor trei substanțe, pentru ca soluția să precipite, devenind litogenă prin apariția cristalelor de colesterină. Din aglomerarea acestora în jurul unor nuclee alcătuite din celule descuamate de pe pereții veziculei, apar calculii biliari.

Așa se întîmplă în cazul scăderii concentrației de acizi biliari sau după un exces îndelungat de colesterol. Ne putem explica acum formarea pietrelor la o serie de suferinzi, al căror regim este destul de sărac în grăsimi, cum sînt suferinzii de hepatită cronică și ciroticii, datorită producției lor slabe de acizi biliari, în urma insuficienței hepatice.

La unii bolnavi de intestin subțire, apariția calculilor se datorește pierderii prin scaun a acestor detergenți biliari.

Alteori dereglarea compoziției biliare este constituțională. Există o populație indiană, la care 70% din femei au litiază biliară. Compoziția bilei este «litogenă»: acizi biliari puțini, colesterină multă.

Dar studiile au depășit stadiul teoretic. Johnson L. Thistle în Clinica Mayo din S.U.A. încearcă pentru prima oară în 1972 dizolvarea calculilor cu ajutorul unuia din acizii biliari: acidul chenodeoxicholic dat zilnic cîte 1 g. După 4 luni el obține dispariția pietrelor la un pacient și reducerea dimensiunilor la alți trei. În cursul tratamentului bila devine limpede, cristalele de colesterină dispar. Toleranța medicamentului este în general bună, deși

în cursul unei utilizări îndelungate cresc ușor transaminazele, enzime eliberate de celula hepatică, semn al unei iritații la nivelul acestui organ. S-a găsit și cauza: sub acțiunea microbilor din intestin, acest acid biliar este transformat în acid lithocolic, toxic pentru ficat, în cantități mai mari. Printre neajunsuri s-au mai notat scaune moi sau diareice, care se normalizează odată cu diminuarea dozelor. Acțiunea este explicabilă, acizii biliari deținînd proprietăți laxative prin oprirea resorbției apei din intestin. Ulterior, administrări pe multe alte cazuri, comparativ cu alte tipuri de acizi biliari, au confirmat acțiunea antilitiazică a acidului chenodeoxicholic, precizînd totodată că acidul cholic simplu n-are nici o proprietate în acest sens. Se apreciază că se poate obține în cursul unui tratament de 6 luni — 1 an dizolvarea unor calculi cu diametrul pînă la 1 cm. Rămîn însă întrebări la care va trebui să se răspundă: care este dozajul zilnic minim necesar? cît timp trebuie continuat tratamentul?

Rezultatele sînt promițătoare. Oricum, acidul chenodeoxicholic reprezintă singurul medicament eficient în cazul în care intervenția chirurgicală este îngrădită de riscuri.

GH. S.

Un grup de medicamente de o largă utilizare îl reprezintă diureticele, adică substanțele care stimulează producerea de urină (numele derivă de la cuvîntul grecesc «diuretikos»). Este cunoscut încă de multă vreme efectul de stimulare a formării urinei pe care îl au o serie de plante folosite sub formă de ceaiuri (ceaiul de cozi de cireșe) sau sub alte forme (preparate de Scilla maritima, *de digitală etc.). Este de asemenea cunoscut efectul diuretic al cantităților mari de lichide, al alcoolului (mai ales în cantități crescute), al cafelei.*

În farmacologia modernă, datorită aprofundării fiziologiei formării urinei, s-au putut sintetiza substanțe, care au ca efecte creșterea producerii de urină. Acest efect se realizează în general prin creșterea cantității de lichid din tubul urinar, a cărui

reabsorbție este împiedicată. Se știe că prin glomerulul renal filtrează o mare cantitate de apă (circa 120 ml pe minut), din care majoritatea se reabsoarbe în drumul pe care-l străbate prin tubul urinar. Dacă reabsorbția apei este împiedicată la acest nivel, apa se elimină și cantitatea de urină crește, obținîndu-se astfel efectul diuretic.

Dintre substanțele care acționează prin creșterea conținutului în apă al tubului urinar, cel mai simplu se explică acțiunea soluțiilor concentrate de glucoză (soluțiile hipertone de 10, 20 și 33%) care datorită presiunii osmotice mari create în tubul urinar determină reținerea apei (diureză osmotică). Acest efect se realizeaza în perfuzii cu glucoză.

Alte substanțe diuretice acționează împiedicînd reabsorbția din tubul urinar a ionilor de sodiu, clor și potasiu. În această categorie intră unele medicamente cu structură sulfamidică (a nu se confunda cu sulfamidele propriu-zise care au efect bacteriostatic!). Dintre ele cea mai cunoscută este Nefrixul (cunoscut în alte țări și sub denumirea de Esidrex sau Hypothiazide). Acest medicament este indicat pentru stimularea diurezei în numeroase boli, cum ar fi: insuficiența cardiacă decompensată cu reținere de lichide (edeme), ciroza hepatică cu ascită, edemele din cursul nefrozei, hipertensiunea arterială. Trebuie însă menționat că Nefrixul are și două efecte secundare nedorite: produce scăderea potasiului din sînge, fapt care obligă uneori la administrarea de potasiu în mod suplimentar, și determină modificarea reacției sîngelui în sensul unei alcaloze. Nefrixul nu se administrează în insuficiența hepatică acută, în insuficiența renală gravă, în hipokaliemie (scăderea potasiului din plasmă), în alcaloză.

O acțiune asemănătoare Nefrixului o are Ufrixul care se găsește sub formă de tablete și se dă în doze mici, fiind mai activ. Indicațiile, contraindicațiile și efectele secundare sînt aceleași.

Furosemidul este un alt diuretic din aceeași grupă, cu efecte asemănătoare și prezintă avantajul unei acțiuni mai rapide, deoarece se găsește sub formă de fiole care se pot administra și intravenos, avînd un rezultat prompt.

Un alt grup de diuretice este reprezentat prin așa-numiții «inhibitori ai anhidrazei carbonice». Anhidraza carbonică este o enzimă care se găsește în țesutul renal și care favorizează sinteza acidului carbonic din bioxidul de carbon (produs de țesuturi) și apă. Din acidul carbonic plus fosfatul disodic din plasmă se formează apoi bicarbonat de sodiu și fosfat diacid de sodiu. În absența anhidrazei carbonice nu se mai produce acid carbonic și deci nici fosfat diacid de sodiu, rămînînd să se elimine în exces ionii de sodiu. Prezența acestor ioni în lumenul tubului urinar antrenează și apa, ducînd astfel la creșterea diurezei. Din această categorie de substanțe face parte Ederenul, substanță tot cu structură sulfamidică cunoscută și sub denumirea de Diamox sau Fonurit. Acest medicament se administrează în insuficiența cardiacă însoțită de edeme și în ciroza hepatică cu ascită. Mai are indicații de utilizare în epilepsie, în obezitate și în stări de hiperkaliemie (cînd potasiul din sînge este crescut). Ca efecte adverse (nefavorabile) ale Ederenului se menționează producerea de mici depuneri de calciu în rinichi și stare de acidoză. Administrarea acestui medicament este contraindicată în insuficiența renală, în insuficiența hepatică, în insuficiența suprarenală, în acidoză, și la persoane care nu tolerează sulfamidele.

O altă grupă de diuretice este alcătuită din substanțe care au efect antagonist față de un hormon, aldosteronul. Acest hormon acționează prin creșterea reabsorbției de sodiu la nivelul tubului urinar și, în consecință, și a reabsorbției apei cu scăderea diurezei. Antagoniștii aldosteronului cresc eliminarea de sodiu și de clor, ceea ce atrage și creșterea eliminării de apă. Dintre acești antagoniști cel mai întîlnit este Aldactona, care se utilizează sub formă de comprimate în edemele cardiace, hepa-

tice, dar în special în edemele din nefroză, unde există un hiperaldosteronism care trebuie combătut.

Mai există şi alte diuretice, mai puţin întrebuinţate, cum ar fi spre exemplu sărurile acidifiante de tipul Diurocardului, care conţine clorură de amoniu. El se administrează sub formă de drajeuri în edemele de natură cardiacă sau hepatică. Diureticele pe bază de teobromină (substanţă înrudită cu cofeina) au o acţiune mai slabă. Din această categorie face parte Teoglucinul. Se mai folosesc diuretice care derivă dintr-o substanţă denumită pteridină, cum ar fi Triamterilul, care au bune rezultate în edemele hepatice şi din nefroză.

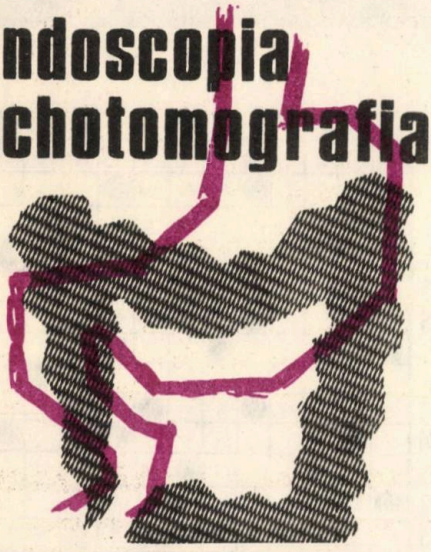
Trebuie reţinut faptul că diureticele nu sînt indicate decît acolo unde există deficit în formarea urinei. Nu are nici o raţiune folosirea unui diuretic în cazul cînd există obstacole pe căile urinare care împiedică eliminarea urinei. Dimpotrivă, în această situaţie administrarea diureticelor este strict interzisă, fiind necesară numai îndepărtarea obstacolului. Spre exemplu, în retenţia vezicală de urină, din cauze de natură nervoasă sau prin hipertrofie de prostată, este o gravă eroare folosirea vreunui diuretic.

Dat fiind efectele secundare nocive pe care le poate avea orice diuretic administrat fără rost, utilizarea acestor substanţe se va face numai pe bază de prescripţie din partea medicului, care are şi de urmărit efectele obţinute, deoarece, la fel ca multe alte medicamente, diureticele impun şi supravegherea acţiunii lor.

Dr. VLADIMIR MIHĂILESCU
Asistent Clinica de Pediatrie
Spitalul «Fundeni»

METODE NOI DE EXPLORARE MEDICALĂ:

endoscopia echotomografia



ENDOSCOPIA reprezintă așa după cum arată numele «o privire în interiorul organelor». S-a întrebuințat mai de mult în forme diferite: *cistoscopia* — care face vizibile aspectele mucoasei vezicale și ale leziunilor ei; *bronhoscopia* — metodă de mare importanță practică, care decelează polipi, ulcerații sau tumori bronșice; *laparoscopia* vizualizează peritoneul și mai ales ficatul, care are înfățișări caracteristice și diferențiale în ciroză, icter mecanic, tumoare primitivă sau metastază; *colioscopia* vizează în special organele genitale feminine, putînd fi utilă în diverse boli ginecologice.

Endoscopia organelor digestive s-a perfecționat în ultimul timp atît în privința sistemului optic cît și a cateterelor, care se construiesc din fibre de sticlă (fibroscoape). Ele sînt suple, ușor de condus și pot explora întreg intestinul subțire și gros pe toată lungimea acestora de aproape 10 m (rectoscopul explorează numai intestinul terminal pe o lungime de 30 cm). *Endoscopia fibroscopică* poate recunoaște o tumoare malignă incipientă, stadiul în care o operație chirurgicală poate aduce vindecarea completă; de asemenea poate evidenția fisurile și micile ulcerații sau fistulele, situate mai ales în ultimul segment al intestinului subțire, care definesc enterita terminală (boala Crohn). Colita ulceroasă — boală gravă care transformă intestinul gros, mai ales în partea lui terminală într-o plagă sîngerîndă și uneori purulentă — poate fi descoperită prin aceiași metodă. Ea permite și efectuarea de biopsii importante și chiar cateterizarea căilor biliare și pancreatice care nu au putut fi explorate decît cu mare greutate și în mod indirect.

ECHOTOMOGRAFIA este o metodă de explorare bazată pe principiul reflexiunii, adică al ecoului produs de un ultrasunet care întîlnește un obstacol. Ea poate diferenția astfel structurile de consistență diferită dintr-un anumit organ, ca de exemplu: o pungă de lichid (sînge, puroi sau serozitate). În acest mod se pot descoperi chisturile pancreatice, hidronefroza sau abcesul renal, pancreatita ulceronecrotică sau sarcina (căci embrionul sau fătul plutește în lichidul amniotic).

În neurologie și neurochirurgie, *echoencefalograma* poate evidenția prezența unei hemoragii la suprafața creierului (hematom dural), fapt cu atît mai important cu cît simptomele clinice nu sînt totdeauna caracteristice.

Echotomografia nu este grevată de nici un risc; ea se poate repeta de mai multe ori, cînd este nevoie; cu ajutorul ei s-au putut detecta boli sau leziuni, în care alte mijloace de investigație rămăseseră fără efect.

Atît endoscopia cît și echografia reprezintă o îmbogățire și un progres în metodele de explorare clinică și merită să fie cunoscute.

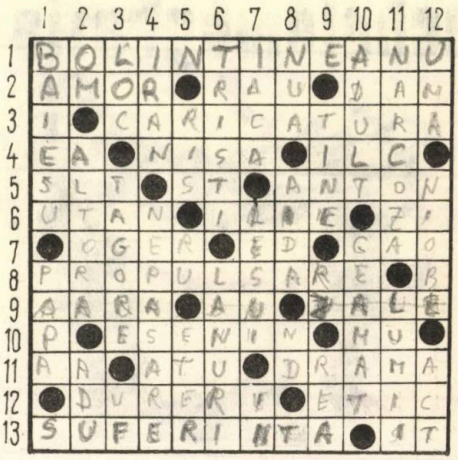
Stana Anca Russo

AU... MĂ DOARE....

ORIZONTAL: 1. Autorul versurilor: «Dar deschideți poarta... Turcii mă-nconjor.../ Vîntul suflă rece... rănile mă dor» (poezia «Mama lui Ștefan cel Mare»); 2. «...E un lung/ Prilej pentru durere,/ Căci mii de lacrimi nu-i ajung/ Și tot mai multe cere» (M. Eminescu) — Boală, suferință — Avocatul din romanul «După o lungă și grea suferință» de B. Elvin (Armășescu); 3. «...unei dureri», poezie de Adrian Păunescu (vol. «Istoria unei secunde»; 4. Inimă de gheață! — Firidă — Inițialele cu care a semnat uneori I.L. Caragiale; 5. Sublocotenent (abr.) — Scutește! — Prenumele autorului (1902—1937) povestirilor «O moarte care nu dovedește nimic», «Bunica se pregătește să moară» ș.a. (Holban); 6. Autorul poeziei «Durere» (vol. «Clipe») — ...Crînguleanu, autorul volumului de versuri «Minus durerea» — «...de durere», sonet de Panait Cerna (sing.); 7. Localitate în Franța — Ediția (abr.) — Oraș în Mali; 8. Exercitare a unei forțe asupra unui vehicul pentru a provoca înaintarea lui; 9. Timpul sau momentul în care are loc un fapt — Durere acută — Durere adîncă, tristețe; 10. Poet sovietic (1895—1925), autorul poeziei «Dureri, sînt multe...» — În mijlocul comunei! 11. Pește scos din apă! — Avantaj — Întîmplare nefericită, care produce suferințe morale; 12. Tema acestui careu — Moral; 13. Durere fizică sau morală — Spitalul central!

***

VERTICAL: 1. Autorul volumului de schițe și povestiri «Sufereau împreună» — Scriitor și om de teatru român (1895—1946), autorul volumului de nuvele și povestiri «Un om îndurerat»; 2. «Suferă. Mori. Dar fii ce trebuie să fii: un...» (Romain Rolland) — «Durerile... », roman de Nicolae Țic — Regiune în Africa; 3. Porțiune determinată în spațiu — Scriitor indian (1861—1941), care a afirmat că: «Lecția cea mai însemnată pe care omul o poate învăța de la viață nu este că durerea



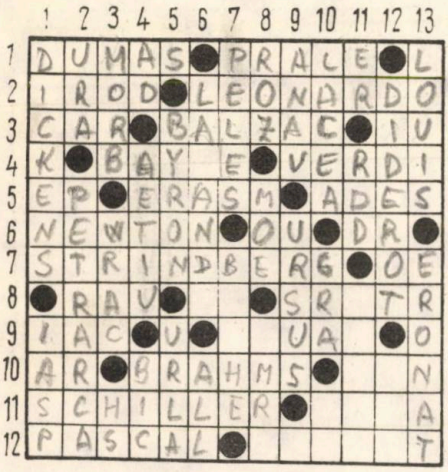
***

nu există în lume, dar că depinde de noi să o folosim și că o putem transforma în bucurie». — Spus cu căldură; 4. Țară asiatică — Starea celui pe care-l doare în cot; 5. Linx — Careu pentru rebusiști! — Dizolvant; 6. Îndurerați — Terenuri agricole cultivate; 7. Uite! — A provoca sfîrșeală (reg.) — Învățămînt superior! 8. Munte în Iran — Operă de Verdi — Stînd la coadă! 9. Păstrează — Ruj pe buze!! — Haină; 10. Care a depășit faza adolescenței — Sunet nearticulat prin care cineva își exteriorizează durerea; 11. Anestezie generală, provocată pentru a amorți durerile cauzate de o intervenție chirurgicală — «Din durerile...», volum de nuvele scris de Alexandru Vlahuță; 12. Număr prim (fem.) — Îndurerata mamă, transformată într-o stîncă, după ce i-au fost uciși toți cei 12 copii (mit.) — Înscris.

Cuvinte rare: OGER, GAO, ADU, LEȘUI, NUA.

ADAM STOICA

CIUDĂȚENII CELEBRE



***

ORIZONTAL:

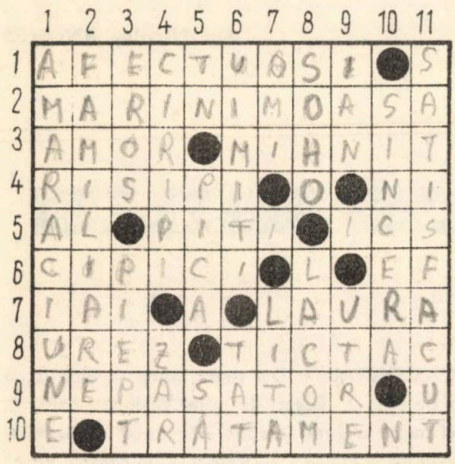
1) Autorul lui «Joseph Balsamo sau Memoriile unui medic», care avea mania de a se feri de catifea — Deoarece avea multe ciudățenii (saluta cuierul cînd intra în casă, se îmbrăca și se dezbrăca după un ritual «sui generis», își alcătuise un pat mișcător ș.a.) este caracterizat de Mihail Eminescu, în «Epigonii», drept «firea cea întoarsă». 2) Tiran al Iudeii, care a reprimat cu cruzime mișcările populare antiromane, de unde legenda evanghelică despre «uciderea celor 40 000 de prunci» — Geniul cel mai desăvîrșit al Renașterii, supranumit «il Unico», care, cînd picta, se îmbrăca cu cele mai bune haine, punîndu-și totodată pe prieteni să-i recite poezii și să cînte. 3) Vehicul — Autorul romanului «Doctorul de țară», care se autodefinea «ocnaș al peniței și al cernelii» și care, în semn de respect în fața geniului, își scotea pălăria cînd vorbea despre... sine însuși! — Din Aiud! 4) Filosof francez, precursor al iluminismului, care era cuprins de convulsii cînd auzea apa curgînd din robinet — Mare compozitor italian, dar și mare... gurmand, fiind amator de păstrăvi, omlete, pui, sosuri, toate gătite după propria-i rețetă! 5) Începe cu sfîrșitul! — Cunoscut mai ales prin «Elogiul nebuniei» și mai puțin prin faptul că îl apuca bîțîiala cînd vedea sau îi mirosea a pește! — Adesea. 6) Descoperitorul «legii atracției universale», care era atît de distrat încît a uitat pînă și data cînd trebuia să se cunune, neprezentîndu-se la nuntă! — Devenit celebru, prin ingenioasa soluție a lui Columb! — Doctor. 7) Autorul dramelor «Tatăl», «Domnișoara Iulia», «Dansul morții» ș.a., care era foarte ciudat, mizogin, suferea de mania persecuției, din care cauză a dus o viață de familie îngrozitoare — Îl căuta ziua, în amiaza mare, filosoful cinic Diogene, cu felinarul aprins în mîini! 8) Poet român contemporan, autorul volumului «Frica de somn» — Din mers! — Prolific compozitor italian, care compunea numai noaptea și numai într-o cameră goală, fără mobilă, la lumina slabă a unei gazornițe ce atîrna de tavan; în 1788 execută «Oratoriul» său pentru cor, orchestră, fanfară... clopote și mai multe tunuri de diferite calibre, care înlocuiau basul în unele părți din oratoriul său! 9) Uite! — A vorbi cam ciudat. 10) Careu agricol — Renumit compozitor german, care simțea o plăcere deosebită să-și lustruiască ghetele, afirmînd că în timpul acestei îndeletniciri s-au născut cele mai reușite compoziții ale sale! — Grăsime, din care se credea făcut cunoscutul fizician, matematician și astronom olandez, Huygens, care se ferea de căldură, fugind din apropierea sobei.... pentru a nu se topi! 11) Autorul dramei «Hoții», care, pentru a se inspira, ședea cu picioarele în apă și mirosea merele putrede, pe care le avea în permanență în camera lui de lucru, așezate pe un raft din bibliotecă! — Stop! 12) Eminent matematician, fizician și filozof francez, care la vîrsta de 16 ani a scris o lucrare admirabilă despre conice; în ultima parte a vieții, avea impresia că vede căscîndu-se alături de el o

VERTICAL:

1) Autorul lui «David Copperfield», care, atunci cînd scria, după fiecare 50 de rînduri bea cîte un pahar de apă fierbinte! — Piatră semipreţioasă. 2) Vrăjmăşie — Nu a apărut niciodată în prezenţa Laurei de Noves decît îmbrăcat în întregime în alb, după ce a jurat să rămînă nepătat faţă de fiinţa căreia i-a închinat dragostea sa «în viaţă şi în moarte». 3) Boală — Celebru arhitect englez (1632—1723) — Haşiş! 4) Din iadă! — Învingătorul lui Attila — Taur (reg.). 5) Autorul lui «Childe Harold», care înainte de a începe să lucreze controla dacă prin apropiere nu se găseşte vreo soliţă, întrucît sarea îl enerva cumplit! — A ţipa. 6) Cunoscut astronom francez, care se delecta rontăind... păianjeni! — ...right! 7) Cunoscut castel — Alt renumit astronom, din Danemarca, care leşina cînd vedea vre-un iepure! 8) Culoarea fericirii — Milioersted (simbol) — Personaj legendar. 9) Orăşel în India — Credinciosul şi vînjosul trac din romanul «Quo vadis», de H. Sienkiewicz. 10) Filolog şi lingvist român — Strigătul corbului — Din fosgen! 11) Pere! — Reacţie de degenerescenţă (abr. med.) — Cunoscut şi talentat actor român. 12) Unul din cei mai de seamă iluminişti francezi, care scria ca un posedat, alergînd dintr-o cameră într-alta şi strigînd de răsuna toată casa (un rol foarte important într-un asemenea moment îi juca peruca sa, pe care şi-o smulgea de pe cap, o călca în picioare, o punea din nou pe cap ş.a.m.d.) — L-a obsedat tot timpul vieţii pe cunoscutul filosof idealist francez, Malebranche, căci, fiind neobişnuit de proeminent, i se părea că vede un jigou de berbec în vîrful acestuia! 13) «Regele Soare», care, de frică să nu se înţepe în cuie şi să se infecteze, capitonase toate minerele de la uşi (în timp ce în tot Luvrul nu exista decît o singură baie!) — Indus în eroare.

Dr. NICOLAE ANDREI

DESPRE INIMĂ



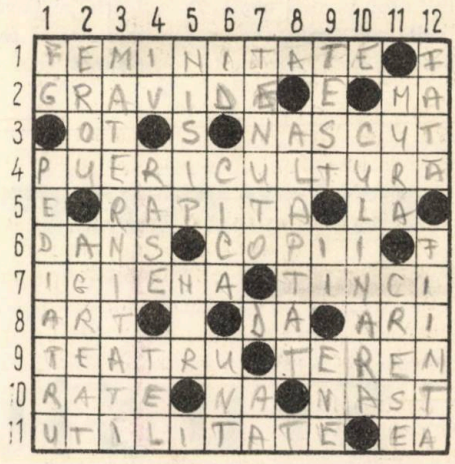
ORIZONTAL: 1. Cu inimă (pl.); 2. Cu inima largă (fem.); 3. Vine de la inimă — Cu inima albastră; 4. A irosi — Din toată inima! 5. Două inimi într-un vals! — A se ascunde — Întreprindere comercială de stat (abr.); 6. Papuci — Cap de efigie! 7. Afluent al Amurului — Scumpă inimii lui Petrarca; 8. Orez (pop.) — Bătaia inimii (2 cuv.); 9. Cu inima de piatră; 10. Se recomandă celor suferinzi de inimă.

VERTICAL: 1. Inimă rea; 2. De la inimă la inimă (fem. pl.); 3. Săgetătorul de inimi (mit.) — Sediul inimii; 4. A vorbi păsărește — La jocul de table; 5. Țepene! — Una din cele patru culori ale cărților de joc, purtînd desene în formă de inimă cu o codiță — Inimoasă... în final! 6. Le bate inima mai tare — Tot (mold.); 7. Rîu în U.R.S.S. — Fire subțiri de metal; 8 Cartier londonez — Unul pentru care este valabilă zicala «ochii văd, inima cere»; 9. Ianuarie (abr.) — Localitate în R.P. Mongolă; 10. Cu inima deschisă (fem.); 11. Uns la inimă.

Cuvinte rare: IAI, OMI, SOHO, UTRE.

ADAM STOICA

FEMEIA ȘI CĂMINUL



ORIZONTAL:

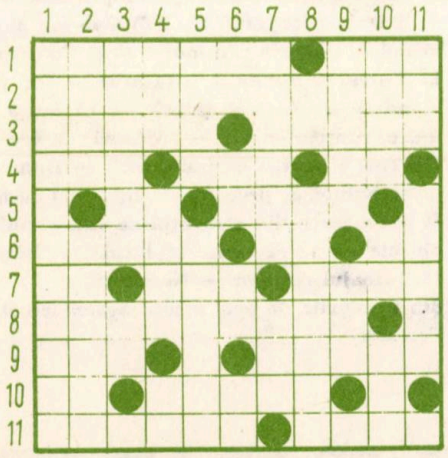
1) Cea mai subtilă «armă» a femeii. 2) Își poartă cu mîndrie fătul — Mamă (pop.) 3. În fote! — Noul... bulgăre de aur din brațele fericitei mame. 4) Se îngrijește de creșterea în bune condiții a copiilor prematuri și debili. 5) Luată în căsătorie ca pe timpul sabinelor! — A îmbăia copilul (pop.) 6) Una din plăcerile ei — Bucuria căminului ei. 7) Contribuie la păstrarea sănătății în familie — Toți prichindeii. 8) Articol (abr.) — Legătura de unire matrimonială — Măsuri agrare. 9) Distracție pentru amîndoi soții — Domeniu de activitate, de preocupări (fig.) 10) Înlesnire la procurarea din comerțul de stat a multor obiecte necesare căminului (pl.) — Bătaie, în limbajul copiilor — Nemărginit. 11) Una din însușirile de preț a adevăratei femei — Femeia.

VERTICAL:

1) Florica Georgescu — Medic de copii. 2) Bărbatul, în ochii femeii îndrăgostite — Simpatizat. 3) Spitale pentru fericitele mame. 4) Patru — Foarte pline — Bun pentru bătut frișca, crema ș.a. 5) Pe plajă — Farmec feminin. 6) Idem (abr.) — Chipurile — Aliment hrănitor pentru copii. 7) Indicație pe partiturile muzicale, care arată că sunetele trebuie să fie ținute pe întreaga lor durată — Bisa! 8) Hrăniți la sînul mamei 9) Probă prin care se examinează aptitudinile copiilor — Le poartă femeile la țară — Femei! 10) Artă în care femeile au supremația. 11) A pune la acrit castraveții, varza — Asigură îngrijirea copiilor mici pentru mamele care sînt în producție. 12) Viitoare soție și mamă — Femeia (fig.).

Dr. Nicolae ANDREI

Studiu anatomic



ORIZONTAL: 1. Din toată inima — Pînă la un cap de ață; 2. Legați de mîini și de picioare; 3. Nici măcar o gură de apă — Se pune la inimă; 4. Localitate în U.R.S.S. — Resort — În centrul gurii! 5. Inima pădurii! — I se împleticește limba; 6. În carne și oase (masc. pl.) — Centru de informații! — Capul familiei! 7. Un exemplu, pe scurt — Răsărit — Cu ochii ca pisica; 8. Oameni cu inimă (fem.); 9. Circa (abr.) — Slăbit (fig.); 10. Ușițe! — Cu ochii-n patru; 11. În fundul inimii — Se pune-n deget.

VERTICAL: 1. Cu obraz subțire; 2. Cu capul plecat — În cap (fem.) 3. Cu picioare de plumb (fem.) — **Cu gura pe jumătate! 4. Prepoziție latină** — Untdelemn — Crestătură pe răbojul vieții; 5. Te doare la ficat — Au cap; 6. Vas de pămînt — Curbe! — Toate-s ca la început! — Zar la table; 7. Cu inima deschisă — Umblu, în dialect istro-român; 8. Zece, pe din două! — Nu văd înaintea ochilor; 9. Nu i se aude gura — Fel; 10. Orășel în U.R.S.S. — Fețe, văzute dintr-o parte! — Fibre; 11. Poartă același nume ca tine — Crescut.

Cuvinte rare: ELO, UBI, AMN, OTAR

ADAM STOICA

Apariții pe 1975 ÎN EDITURA MEDICALĂ

TH. BURGHELE (sub redacția)	**Patologie chirurgicală, vol. I și VII.**
M. GEORMĂNEANU, SABINA ROȘIANU	**Patologia sugarului, ed. a II-a**
I. HAULICĂ	**Sistemul nervos vegetativ**
M. LĂZEANU	**Vademecum O.R.L. pentru medicul de medicină generală**
P. MANU	**Medicina muncii**
I. MINCU	**Alimentația rațională a omului sănătos și bolnav**
AL. POPESCU	**Ergoterapie**
L. PĂUN	**Insuficiența hepatică acută**
V. PREDESCU (sub redacția)	**Psihiatrie**
R. PRIȘCU	**Îngrijirea și creșterea sugarului, ed. a II-a**
N. ROBĂNESCU	**Readaptarea copilului handicapat**
I. STOIA, MARIETA STOICESCU	**Ghid practic de reumatologie**
PETRONELA VINTILĂ (sub redacția)	**Terapie intensivă în cardiologie**
M. VOICULESCU	**Medicina în familie, ed. a III-a**

boli...tipografice

— E situată în regiunea PUDICĂ (sudică).

— Și-a schimbat SEXUL (setul) de jersey din verde în albastru.

— Are un NETOT (nepot) în străinătate.

— Viața i-a fost un ȘALVAR (calvar).

— Pianul revărsa valuri de TUNETE (sunete) armonioase.

— Musafirii s-au delectat cu BURTA (turta) dulce a gazdei.

— El are pe corp o FATĂ (pată) care îl irită.

— Prea multă CARTE (carne) i-a stricat stomacul.

— Cu muncă titanică și devotament, medicii au reușit să STÎRNEASCĂ (stîrpească) epidemia.

— Nu este o îndeletnicire ușoară să fii BRUTAL (brutar).

— CĂUTÎND (cîntînd) mult în «Casa cu trei fete» și-a găsit consacrarea.

— Tatăl vrea să-și mărite odrasla cu un băiat UMFLAT (umblat).

— Dr. Chr. Barnard a făcut mai multe GREVE (grefe) de inimă.

— Toți copiii știu povestea cu Albă ca zăpada și cei șapte PISICI (pitici).

— RUDELE (rufele) murdare se spală în familie.

— Și-a CLĂTIT (plătit) scump păcatul din tinerețe.

— Două PULPE (culpe) au adus condamnarea lui.

— Din lipsa unui pat, a fost nevoit să se culce pe DOS (jos).

— Și-a încadrat portretul într-o MAMĂ (ramă) de fier forjat.

— Actualul repertoriu teatral are doar două GRAME (drame).

— Puricii i-au MIȘCAT (pișcat) picioarele.

— Actrița avea o GUȘĂ (gură) de toată frumusețea.

— A fost eliminat PÎNTECUL (cîntecul) din program.

— Tribunalul a INVENTAT (intentat) recurs.

— De mîine se PANSEAZĂ (lansează) moda de vară.

— Sarmalele au fost umplute cu BARZA (varză) murată.

— CĂMAȘA (cămara) ei era plină de lucruri dulci și apetisante.

— Toaletele artistei au încăput într-un singur CARTOF (carton).

— În ISTERIA (istoria) lumii, Ioana d'Arc a înscris o pagină glorioasă.

— Fiecare hotel își are PORCARUL (portarul) său.

— Ducea în spinare un MOȘ (coș) de nuiele.

— Tînăra a fost îndrăgostită de VALET (balet) pînă la căsătoria cu contele.

— S-a servit fiecăruia cîte o FECIOARĂ (felioară) de carne rumenită, iar ca desert BURTĂ (turtă) dulce.

— I-a FURAT (jurat) dragostea într-o noapte de vară.

— Mireasa a apărut cu MERELE (mirele) ei, spre bucuria invitaților.

— Femeia era la vîrsta cînd putea fi REMORCATĂ (remarcată) pentru formele ei.

— S-a întors din excursie cu un PICTOR (picior) scrîntit.

— Fetița timidă a fost condusă prima oară la un CAL (bal) de unchiul ei.

— A revenit de la mare cu RAȚA (fața) bronzată.

— A rămas încîntată de FOCURILE (locurile) vizitate.

— Doctorul i-a interzis FURATUL (fumatul) pînă la vindecare.

— Fiind bolnav, FACE (zace) în pat.

— A murit SUCIT (subit).

Y. B.

Soluțiile cuvintelor încrucișate

Au!.. Mă doare....

Orizontal: **1.** Bolintineanu; **2.** Amor; Rău; Fan; **3.** Caricatura; **4.** Ea; Nișă; I.L.C.; **5.** Slt; St; Anton; **6.** Utan; Ilie; Zi; **7.** Oger; Ed; Gac; **8.** Propulsare; **9.** Oara; Au; Jale; **10.** Esenin; Un; **11.** Ao; Atu; Dramă; **12.** Dureri; Etic; **13.** Suferința: It.

***

Vertical: **1.** Băieșu; Popa; **2.** Om; Altora; Ada; **3.** Loc; Tagore; Uf; **4.** Iran; Nepăsare; **5.** Rîs; Ru; Eter; **6.** Triști; Lanuri; **7.** Iaca; Leșui; In; **8.** Nua; Aida; Nd; **9.** Ține; Rj; Rea; **10.** Adult; Geamăt; **11.** Narcoza; Lumii; **12.** Una; Niobe; Act.

Ciudățenii celebre

Orizontal: **1.** Dumas; Prale; **2.** Irod; Leonardo; **3.** Car; Balzac; In; **4.** Bayle; Verdi; **5.** Ep; Erasm; Ades; **6.** Newton; Ou; Dr; **7.** Strindberg; Om; **8.** Reu; Er; Sarti; **9.** Ian; Aiura; **10.** Ar; Brahms; Unt; **11.** Schiller; Stai; **12.** Pascal; August.

***

Vertical: **1.** Dickens; Iasp; **2.** Ura; Petrarca; **3.** Morb; Wren; Hs; **4.** Ad; Aețiu; Bic; **5.** Byron; Urla; **6.** Lalande; All; **7.** Peleș; Brahe; **8.** Roz; Moe; Imra; **9.** Arnav; Ursus; **10.** Lacea; Gar; **11.** Er; Rdd; Răutu; **12.** Diderot; Nas; **13.** Louis; Minții.

Despre inimă

Orizontal: **1.** Afectuoși; **2.** Mărinimoasă; **3.** Amor; Mîhnit; **4.** Risipi; Ni; **5.** Al; Piti; Ics; **6.** Cipici; Ef; **7.** Iai; Laura; **8.** Urez; Tic-tac; **9.** Nepăsător; **10.** Tratament.

Vertical: **1.** Amărăciune; **2.** Familiare; **3.** Eros; Piept; **4.** Ciripi; Zar; **5.** Tn; Pica; Să; **6.** Uimiți; Tăt; **7.** Omi; Liță; **8.** Soho; Lacom; **9.** Ian; Utre; **10.** Sinceră; **11.** Satisfăcut.

Femeia și căminul

Orizontal: **1.** Feminitate; **2.** Gravide; Ma; **3.** Ot; Născut; **4.** Puericultura; **5.** Răpită; La; **6.** Dans; Copii; **7.** Igiena; Țînci; **8.** Art; Da; Ari; **9.** Teatru; Teren; **10.** Rate; Na; Vast; **11.** Utilitate; Ea.

***

Vertical: **1.** F.G.; Pediatru; **2.** Erou; Agreat; **3.** Maternitate; **4.** Iv; Rase; Tel; **5.** Pe plajă; Farmec feminin; **6.** Id; Cică; Unt; **7.** Tenuto; Aa; **8.** Alăptat; **9.** Test; Ii; Eve; **10.** Culinară; **11.** Mura; Creșe; **12.** Fată; Ființă.

Studiu anatomic

Orizontal: **1.** Bucuros; Tot; **2.** Imobilizați; **3.** Nimic; Necaz; **4.** Elo; Arc; Ur; **5.** Du; Beat; **6.** Reali; RM; Fa; **7.** Ex; Est; Ager; **8.** Săritoare; **9.** Cca; Minat; **10.** Ut; Atent; **11.** Tainic; Inel.

***

Vertical: **1.** Binecrescut; **2.** Umil; Exactă; **3.** Comodă; Ra; **4.** Ubi; Ulei; An; **5.** Rîcă; Isteți; **6.** Ol; Rb; To; Ec; **7.** Sincer; Amn; **8.** Ze; Amărîți; **9.** Tăcut; Gen; **10.** Otar; Fe; Ațe; **11.** Tiz; Mărit.

****

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 1975

apare sub redacția

Dr. S. HERIȘAN

Coperta:
VIOLETA COMȘA

Secretar de redacție:
FLOAREA NIȚĂ

Tehnoredactor:
VIOLANDA LEORDEANU

Colaboratori:

Dr. VALENTIN ABUREL, Prof. dr. DAN ALESSANDRESCU, Prof. dr. C. ANASTASATU, Dr. G. BARBU, C.I. BERCUȘ, VERONICA BERTOLI, Dr. G. BRĂTESCU, YVONNE BUNEA, Dr. C. COLONAȘ, Dr. ANETA DĂNILĂ-MUSTER, Dr. S. DIAMANT-PETRESCU, Dr. I. DRĂGAN, Dr. DINU DRĂGHICI, STELIAN FILIP, Dr. NAPOLEON FRANDIN, Prof. dr. M. GEORMĂNEANU, FLORICA GHEORGHIU, Farm. dr. EMIL GHEORGHIU, Prof. dr. N.N. GHEORGHIU, Dr. GH.M. GHEORGHE, Dr. I. GHERMAN, Dr. S. HERIȘAN, FLORIN IORDĂCHESCU, Dr. I. LEONESCU, Dr. V. LOTREANU, Dr. C. LOZANU, Dr. GEORGE LUPESCU, Dr. D. MARIAN, Dr. MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU, Dr. VL. MIHĂILESCU, I. MUNTEANU, ANA NAUM, GIUSEPPE NAVARRA, Dr. O. OPRIAN, Conf. dr. P. PENCIU, SARI PENCIU, V.D. POPA, Dr. ARISTOTEL POPESCU, Dr. ILARIE POPESCU, Dr. I.N. RIGA, Dr. GEORGETA ROTARU, AGNITA RUNCAN, Dr. G. RUSSO, STANCA RUSSO, Prof. dr. C. SIMIONESCU, Prof. dr. AL. ȘOFLETEA, ADAM STOICA, Dr. GH. STOICESCU, RODICA TOTTH, Dr. I. ȚUGUI, Prof. dr. I. VINȚI, I. VLADIMIR, GH. ZARAFU.

Bun de tipar : 2 noiembrie 1974
Format 16/70 × 100
Hîrtie offset A 70 × 100/56
Coli de tipar : 12
Tiraj : 25.090 ex.

Tiparul executat sub comanda nr. 40 578
la Combinatul Poligrafic „Casa Scînteii"
București — Republica Socialistă România

EDITURA MEDICALĂ — Str. 13 Decembrie nr. 14, telefon 14 32 52

2,50
3,20
6,20

Lei 13

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII • 1975